

2001
ÜÇÜNCÜ BİN YILA HAZIRLANIYORUZ

UYUM EĞİTİMİ EĞİTİM MATERYALİ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI

GİRİŞ

Birinci Basamak Sağlık Personeli İçin

8. Basım

ANKARA - 2001

1. Basım : 500 Adet, Ankara - Nisan, 1995
2. Basım : 3000 Adet, Ankara - Haziran, 1995
3. Basım : 2000 Adet, Ankara - Ekim, 1995
4. Basım : 2500 Adet, Ankara - Şubat, 1996
5. Basım : 4000 Adet, Ankara - Temmuz, 1996
6. Basım : 6220 Adet, Ankara - Aralık, 1996
7. Basım : 2500 Adet, Ankara - Ocak, 1999
8. Basım : 4000 Adet, Ankara - Nisan, 2001

ISBN : 975 - 7572 – 76 - 4

Bu eğitim materyali, birinci basamak sağlık personelinin uyum eğitimlerinde kullanılmak üzere T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından bastırılmıştır. Her hakkı saklıdır. Kaynak gösterilerek kullanılabilir. Bu kitabın bir kısmının ya da tamamının çoğaltılması için Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nden izin istenebilir.

Basıldığı Yer :Barok Matbaacılık Tel : 417 80 76 Faks : 425 18 10 ANKARA

ONUN ADI BUGÜN

Bir çok yanlışın suçlularıyız,
Fakat en büyük suçumuz ihmal etmek çocukları,
Yok saymak hayatın pınarlarını.

İhtiyaç duyduğumuz çok şey bekleyebilir.
Bekleyemez çocuklar.

Şuan kemiklerinin biçimlendiği zaman,
Kanının yapıldığı, duygularının geliştiği zaman
“Yarın” cevabını veremeyiz ona.
Onun adı “Bugün”.

Gabriela Mistral
(Çeviri: Serpil Özcan)

ÖNSÖZ

İkibinli yıllara girmek olduğumuz şu günlerde, ülkemiz insanlarının sağlık sorunlarının çözümü ve daha kaliteli hizmet almalarını sağlamak amacıyla gerek altyapı gerekse insan gücüne yönelik çalışmalar hızla sürdürülmektedir. Sağlık alanında gerçekleştirilmesi planlanan reformların yanı sıra mevcut sistem içinde yürütülen hizmetlerin kalitesinin yükseltilmesi temel hareket noktamızdır.

Sağlık personeli yetiştiren öğretim kurumlarından mezun olan ve özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan personelimizin “ eğitim süreklidir ” ilkesi doğrultusunda, daha hizmete başladığı ilk günden itibaren eğitilerek hizmete ve çalışacağı yere uyumunun sağlanması, hizmetlerin kalitesinin yükseltilmesinde atılması gereken ilk adımdır.

Bakanlığımızın tüm ilgili birimlerinin, üniversitelerimizin değerli öğretim üyelerinin bilimsel desteğini de alarak hazırladıkları Uyum Eğitimi Eğitim Materyalinin, daha kaliteli hizmet için personelin niteliğinin artırılması amacıyla ulaşmamızda yardımcı olacağına inancım sonsuzdur. Bu yayının hazırlanmasında emeği geçenlere teşekkür eder, çalışmalarda yararlı olmasını dilerim.

Doç. Dr. Osman DURMUŞ
Sağlık Bakanı

Sevgili Meslektaşlarımız,

Ülkemiz insanların daha kaliteli ve hakettiği sağlık hizmetini alabilmeleri, doğru, güncel, bilimsel bilgilerle donatılmış, yeterli beceriye sahip sağlık insan gücü yetiştirilmesi ile mümkündür. Nitelikli insan gücü yetiştirilmesi ise, gerek mezuniyet öncesi dönemde okullardaki örgün eğitilmelere, gerekse mezuniyet sonrası dönemde kişilerin çalıştıkları kurumlarda düzenlenecek hizmet içi eğitim faaliyetlerine bağlıdır.

Mezuniyet sonrası eğitim faaliyetlerinin amacı, sağlık personeline yeni bilgi ve beceriler kazandırmak, mevcut bilgileri tazelemek yada mesleğe ve hizmete uyumunu sağlayarak sağlık hizmetlerini daha verimli ve kaliteli bir niteliğe kavuşturmaktır.

Bu amaçla I. ve II. Sağlık Projeleri kapsamındaki illerde, ile yeni atanan, göreve yeni başlayan, kurum değiştiren birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan tüm personelimizin temel sağlık hizmetlerine uyumunu sağlamak amacı ile hazırlanmış bu eğitim materyalinin, çevre sağlığı teknisyeninden hekimine kadar tüm sağlık personeline yararlı olacağına inanıyoruz.

Bakanlığımız ilgili birimlerinin işbirliği ile hazırlanan bu eğitimin sadece proje illeri ile sınırlı kalmayıp tüm illerimizde uygulanmasını temenni eder, emeği geçen herkese teşekkür ederiz.

Uyum Eğitimi Eğitim Materyali'nin ilk basımının hazırlanmasına katkıda bulunanlar

(Alfabetik sıra ile yazılmıştır)

Birsen AÇIKGÖZ	Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü
Sefa AKDENİZ	Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü
Dr. Emrah ARAS	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
Dr. Ercan BAL	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
Prof. Dr. Münevver BERTAN	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A. D.
Dr. Mehmet ALİ BİLİKER	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü
Uz. Psk. Çetin BOZKAYA	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
Dr. O. Niyazi ÇAKMAK	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
Dr. Meral DEMİRÖREN	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
Dr. Nedret EMİROĞLU	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Dr. Ali Rıza ERDOĞAN	Verem Savaş Daire Başkanlığı
Dr. Gül ERGÖR	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A. D
Dr. Julide ERGİN	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
Dr. Kemal HOŞGEÇİN	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
Dr. Yalçın KAYA	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
Dr. Muzaffer KEÇECİ	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Dr. Arzu KÖSELİ	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü
Dr. Mustafa KUTLU	Adıyaman Sağlık Müdürlüğü
Ahmet E. MÜDERRİSOĞLU	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü

Dr. Osman NACAROĞLU	Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü
Esra ORHON	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
Dr. Sabri ÖNCEL	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
Dr. Deniz ÖZBAKIR	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
Dr. Hilal ÖZCEBE	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A. D.
Dilek ÖZDEMİR	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
Dr. Haluk ÖZSARI	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
Prof. Dr. Zafer ÖZTEK	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A. D.
İbrahim SAKABAŞ	Personel Genel Müdürlüğü
Dr. Füsun SAYEK	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Dr. Sebahattin SEVİN	Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü
Dr. Özlem ŞAHİNBAŞ	Verem Savaş Daire Başkanlığı
Dr. Serap ŞENER	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
Dr. Coşkun TABUK	Sıtma Savaşı Daire Başkanlığı
Dr. Nurperi TEKER	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Dr. Cem TARUMAN	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
Dr. Şehnaz TÜMAY	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Dr. Taner YAPICI	Kanser savaş Daire Başkanlığı
İdris YAŞAR	Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü
Adil YÜKSEL	Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü
Malatya Sağlık Müdürlüğü İl Eğitim Ekibi	

Başlarken,

1960'lı yıllardan bu yana, yurdumuzda sağlık politikaları **temel sağlık hizmetleri yaklaşımı** doğrultusunda düzenlenmiş ve yine bu doğrultuda mevcut sağlık hizmet sunum modeli oluşturulmuştur. Bilindiği gibi sağlık evi, sağlık ocağı gibi en uçta hizmet veren birimler, koruyucu hizmetleri de içeren birinci basamak sağlık hizmetleri sunmakta, hastaneler de ise daha çok tedavi ağırlıklı ikinci basamak sağlık hizmetleri verilmektedir. Bunların yanı sıra üniversite ve özel dal hastaneleri ileri tetkik gerektiren vakaların teşhis ve tedavilerinin yapılması gereken üçüncü basamak sağlık kuruluşlarıdır.

Günümüzde dünyada yaşanan en önemli sorun, gittikçe azalan kaynaklardır ve ülkeler genel bütçelerinden sağlığa yeterli miktarda kaynak ayıramamaktadır. Bu ve benzeri nedenler, topluma en yakın noktada sunulan ve kendi alanının dışında bir uzmanlık gerektirmeyen **birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesini zorunlu kılmaktadır**. Bugün, gelişmiş ülkelerden pek çoğu sağlık sorunlarının % 90'a varan birinci basamak sağlık kuruluşlarında çözümlenmektedir ki, bu da sağlık hizmetlerinin maliyetini anlamlı ölçüde azaltmaktadır. Yurdumuzda ise birinci basamak sağlık hizmeti veren birimlerin çok küçük yerleşim yerlerine kadar ulaşmış olmasına rağmen kullanım oranları çok düşüktür. Toplum genellikle ikinci yada üçüncü basamak sağlık kuruluşlarını tercih etmekte, bu ise devlet ve üniversite hastanelerinde uzun kuyruklara, çok basit sağlık sorunlarının devlet ve birey için çok yüksek maliyetlere ulaşmasına yol açmaktadır. Bu durumun topluma ve kuruluşlarda çalışan kişilere yüklediği manevi yükü ise ölçmek hemen hemen mümkün değildir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarının toplum tarafından tercih edilmemesinin ve kullanımlarının çok az olmasının; personelin sayısal ve niteliksel olarak yetersizliği, alt yapının yeterince güçlendirilmemiş olması, hızlı personel değişimi, gibi pek çok nedeni vardır. Uyum eğitimi programlarının ve eğitim materyalinin amaçlarına uygun olarak, burada bu nedenlerin bazıları üzerinde durulacaktır.

Hizmet sunumunda kaliteye etki eden önemli bir faktör, hizmeti sunan sağlık personelinin aldığı eğitimin hizmetin özelliklerine uygun olmasıdır. Sağlık personeli sağlık alanında hizmet veren çeşitli birimlerde hizmet vermek üzere, tek tip bir mesleki eğitimden geçmektedir. Çoğu kez yeterli pratik uygulamadan da yoksun olan bu eğitimler, **en fazla sağlık personeli istihdamı gerektiren birinci basamak sağlık kuruluşları** yeterince dikkate alınmaksızın yapılmaktadır.

Bunların sonucu olarak sağlık personelinin örgün eğitimi sonucunda kazandığı nitelikler ülkenin ihtiyaçlarına değil; ikinci basamak sağlık hizmetlerine uygun olmaktadır. Bu ise, sağlık evi ya da sağlık ocağı gibi bir birimde hizmete başladığında sağlık personelinin kendini yetersiz hissetmesi, güvensizlik duyması, dolayısı ile çalışmaktan hoşnutsuz olması, bir an önce hastane gibi bir ikinci basamak sağlık kuruluşuna geçmek istemesi gibi, istenmeyen ve hizmetin kalitesini azaltan sonuçlara neden olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık düzeyi, iklim koşulları, kültür, beslenme alışkanlıkları, gelir düzeyi ve kaynakları gibi pek çok faktörden etkilenir. Ayrıca bazı demografik göstergeler de hizmetin planlanması açısından çok önemlidir. Örneğin nüfusun, yaşlara göre dağılımının, kaba doğum hızının ya da doğurganlık yaşındaki kadın sayısının bilinmesi, bölgede hangi hizmetlere öncelik verilmesi gerektiği konusunda ipuçları verecektir. Oysa ülkemizin gerek geniş bir yüzölçüme ve gerekse kalabalık bir nüfusa ve değişik kültürlere sahip alt gruplara sahip olması, kişilerin hizmet sunumunu çok fazla etkileyen bu faktörleri, örgün eğitimleri sırasında öğrenmelerine olanak tanımamaktadır. Bu nedenle, personel ya gittiği bölgeye hiç uyum sağlayamamakta ya da alışına kadar büyük sıkıntıyla verdiği hizmet yöre halkı tarafında kabul görmemekte ve bu da hizmetin sunulması ve alınmasında önemli sorunlara neden olmaktadır.

Sağlık personeli alındığı temel eğitim içinde Sağlık Bakanlığı'nın uygulama politikalarından habersiz yetişmekte, Bakanlığın koyduğu ulusal hedefler dahi kendisine aktarılmadan kendini hizmetin içinde bulmaktadır. Oysa yurdumuzda 1960'lı yıllardan bu yana sağlık hizmetleri temel sağlık hizmetleri yaklaşımı doğrultusunda sunulmaktadır. Temel sağlık hizmetleri yaklaşımı, bir personelin kendi bilgi ve becerileri doğrultusunda verdiği bireysel hizmeti değil, çok daha **geniş bir bakış açısı ile planlanmış bir hizmetin ekip anlayışı ile verilmesini** gerektirir. Toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için ulusal hedefler ve programlar doğrultusunda bölgesel hedefler konulmalı, temel sağlık hizmeti yaklaşımı doğrultusunda tüm sektörlerin ve toplumun katılımı sağlanarak, adil bir yaklaşımı koruyucu, tedavi edici ve sağlığı geliştirici hizmetler bir ekip tarafından planlanmalı ve sunulmalıdır.

Örgün eğitimi içerisinde bilimsel ve pratik bilgi ve becerilerle donatılan personel, çoğu kez meslek yaşamına başladığında görevinin gerektirdiği yasal düzenlemelerden habersiz, genç yaşta karşı karşıya kaldığı sorumluluklarla, kendi özgür haklarını, yükümlölüklerini, bürokrasiyi, kısacası devlet memurluğunu iyi tanımadığından dolayı, büyük sıkıntı çekmektedir.

Yukarıda belirtilen tüm bu bilgilerin örgün eğitim içinde personele kazandırılması gerekli olmakla birlikte çok zordur. Bu nedenle **göreve yeni başlayan yada**

bölgeye yeni atanan sağlık personeline göreve başladığı **il içinde düzenlenecek uyum eğitimleri** ile bu açık kapatılmalıdır.

Bu amaçla düzenlenen uyum eğitimi programı ve eğitim materyali 8 kitapçıktan oluşmaktadır.

Giriş kitapçığının ardında gelen ikinci kitapçık, “**İlin Sağlık Hizmetleri ile ilgili özellikleri**”, her il yada bölgenin özelliklerinin, eğitimi alan kişilerin kendileri tarafından doldurulmasına imkan tanımak amacıyla büyük boşluklar bırakılarak hazırlanmıştır. İl’ e yeni atanan göreve yeni başlayan personel kendisi için düzenlenen eğitimler sırasında, ilin nüfusu, coğrafya, iklim ve kültür gibi bazı özellikleri ile, sağlık düzeyi göstergelerini, bu kitapçıkta bırakılan boşluklara yazacak ve bu özellikleri hizmet açısından nasıl kullanılacağına ilişkin ipuçlarını edinecektir.

Üçüncü kitapçık, personele, memuriyetinden veya görev konumundan doğan **yasal yükümlülükleri, özlük hakları, genel mevzuat, ilin idari yönetimi, sağlık müdürlüğü yönetimi**, ilde sağlık ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarının **örgütlenmesi** gibi konular aktararak bu konulardaki bilgi açıklarını kapatmayı amaçlamaktadır.

Dördüncü kitapçıkta temel sağlık hizmetleri yaklaşımı kavramı tanıtılacaktır. Bu yaklaşım doğrultusunda hizmet veren birinci basamak sağlık kuruluşlarının temeli olan **sağlık ocaklarının işlevi ve yönetimi bilgisi** verilmektedir.

Planlama, yapılması gereken işlerin, öncelikler de dikkate alınarak, belirli bir zaman içinde ve düzenli bir şekilde, mevcut kaynakları en iyi şekilde kullanarak başarılmasını sağlayan önemli bir araçtır. Beşinci kitapçıkta personele planlama konusunda bilgi ve beceri kazanılması amaçlanmaktadır.

Planlamada önemli bir aşama mevcut durumu ve öncelikli sağlık sorunlarının bilinmesidir. Özellikle sağlık ocağı düzeyinde bu amaçla kullanılacak pek çok veri toplanmaktadır. Bu verilen bilgi haline dönüştürülebilmesi yada bilgi eksikliği olan konularda veri toplanabilmesi amacıyla altıncı kitapçıkta **istatistik ve epidemiyoloji** temel eğitimi verilmektedir.

Toplum katılımı, temel sağlık hizmetleri yaklaşımının en önemli ilkelerinden biridir. Bir sağlık programının başarıya ulaşması için toplum katılımı sağlanmak zorundadır. Toplum katılımı her sağlık programı içinde yer almalıdır. Yedinci kitapçıkta genel kavramlarıyla toplum katılımı üzerinde durulmaktadır. Böylece sağlık personelinin çalışması sırasında toplum katılımını sağlamayı öğrenilmesi amaçlanmaktadır.

Sağlık programları, rutin hizmet içindeki bazı öncelikli konulara yönelik planlı çalışmalardır. Başarılı bir hizmet sunumu, tüm personelin ortak bir amaç doğrultusunda ve belirli bir plan çerçevesinde çalışması ile sağlanabilir. Bu amaçla, sekizinci kitapçıkta bakanlığın çeşitli birimlerince uygulanan sağlık programları ve hedefleri tanıtılacaktır.

Sağlık hizmet sunumunda kaliteyi arttırmak, insanın yaşam kalitesi arttırmak için gereklidir. Yukarıda tanıtılan kitapçıklar, uyum eğitimlerinin temel araçlarıdır. Uyum eğitimleri ile, sağlık personeline daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunma bilgi ve becerisi kazandırmak amaçlanmaktadır. Söz konusu eğitim daha özel konularda verilecek olan hizmet içi eğitimlerle desteklenecektir.

Elinizdeki eğitim materyalinin içeriğine yönelik eleştiri ve önerilerinizi doğrudan ilgili bölümlerin yazarlarına yada sağlık projesi genel koordinatörlüğüne yapmakla, bu eğitimin amacına ulaşmasına ve kitapçıkların gelişmesine katkıda bulunabilirsiniz.

Yeni görevinizde başarılı ve mutlu olmanızı dileriz.

İLİN SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

Birinci Basamak Sağlık Personeli İçin

Dr. Yalçın KAYA

8. Basım

ANKARA - 2001

1. Basım : 500 Adet, Ankara - Nisan, 1995
2. Basım : 3000 Adet, Ankara - Haziran, 1995
3. Basım : 2000 Adet, Ankara - Ekim, 1995
4. Basım : 2500 Adet, Ankara - Şubat, 1996
5. Basım : 4000 Adet, Ankara - Temmuz, 1996
6. Basım : 6220 Adet, Ankara - Aralık, 1996
7. Basım : 2500 Adet, Ankara - Ocak, 1999
8. Basım : 4000 Adet, Ankara - Nisan, 2001

ISBN : 975 - 7572 – 77 - 2

Bu eğitim materyali, birinci basamak sağlık personelinin uyum eğitimlerinde kullanılmak üzere T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından bastırılmıştır. Her hakkı saklıdır. Kaynak gösterilerek kullanılabilir. Bu kitabın bir kısmının ya da tamamının çoğaltılması için Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nden izin istenebilir.

Basıldığı Yer :Barok Matbaacılık Tel : 417 80 76 Faks : 425 18 10 ANKARA

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Giriş	1
Bölüm 1 İlin Coğrafi, İklim ve Ulaşım Özellikleri	3
Bölüm 2 İlin Demografik Özellikleri	7
Bölüm 3 İlin Sosyoekonomik ve Kültürel Özellikleri	13
Bölüm 4 Sağlık Göstergeleri	21
Bölüm 5 İlin Öncelikli Sağlık Sorunları	27
Bölüm 6 İlde Yürütülen Sağlık programları	29

GİRİŞ

Bu kitapçık, sağlık hizmeti vermek üzere birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışacak olan ve ile yeni gelen personelin, **hizmete uyumunu sağlamak** üzere gerçekleştirilecek eğitimlerin içinde, çalışacakları ilin genel sağlıkla ilgili özellikleri konusunda bilgilendirilmeleri amacıyla düzenlenmiştir.

Ülkemiz, coğrafi, iklim, ulaşım imkanları, sosyoekonomik ve kültürel açıdan farklı özellikler göstermektedir. Söz konusu özellikler, birbirine uzak illerin yanı sıra, komşu illerde hatta aynı ilin içinde bile birbirinden çok değişik olabilmektedir.

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “Kişinin ruhen, bedenen ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımlamadan da anlaşıldığı gibi, kişiyi sağlığı yalnızca biyolojik etkenlerden değil, günlük yaşamımızda çevremizde olan, fakat farkında bile olmadığımız pek çok faktörden etkilenmektedir. Bu etkenler, fizik yapıyı oluşturan özellikler dışında, insan davranışına şekil veren kültürel özellikler, inanç ve alışkanlıklardır. Örneğin; fiziki koşullar ve alt yapı olanakları açısından benzer özellikler taşıdığını düşündüğümüz iller, kültürel özellikler açısından farklılıklar gösterebilir.

Bu gerekçelerle, birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışacak olan personelin daha önce başka bir ilde çalışmış olsa dahi, yeni geldiği ilin koşullarına, sosyokültürel özellikleri ve öncelikli sağlık sorunlarına **uyumunu sağlamak** amacıyla İLİN SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ başlığı altındaki konularda bilgi sahibi olmaları önemli ve gereklidir.

Bu kitapçık içinde, ilin toplum ve kişi sağlığı üzerine etkili olabilecek özellikleri konusunda kısa bilgiler verilmiş ve katılımcıların bu özellikler konusunda illeri ile ilgili soruları cevaplandırmaları istenmiştir. Söz konusu soruların cevaplandırılabilmesi için, ile ve hizmete ait bazı veriler gerekecektir. Bu verileri elde etmek için İl Sağlık Müdürlüğü'nün ilgili birimleri ile temas kurulabilir veya uyum eğitimleri **eğitim materyalinden** yararlanabilirsiniz.

Söz konusu bilgileri **katılımcı bir yöntemle** elde etmeniz ve uyum eğitiminin diğer bölümlerinden alınan bilgilerle ilinize ait hesaplamalar yapmanızın iliniz ve çalıştığınız bölgenizde yapacağınız çalışmalarda faydalı olacağı gerekçesi ile bu kitapçık hazırlanmış ve böyle bir yöntem seçilmiştir.

Sayın Katılımcı;

Bu kitapçığı ilinizde düzenlenecek uyum eğitimi içinde kitapçığın konusu ile ilgili dersten önce okuyunuz. Daha sonra, kitapçık içindeki sorularla ilgili iliniz ve bölgenize ait bilgileri elde etmek üzere İl Eğitim Ekibi Üyeleri ile temas kurunuz. Bu görüşme sonrasında elde ettiğiniz verilerle kitapçık içindeki soruları cevaplayınız. Uyum eğitimi içinde kitapçığın konusu ile ilgili derste konu ve cevaplar grup tartışmasına açılacaktır.

Kitapçık içindeki konular ve metodolojisine yönelik eleştirilerinizi grup çalışması sırasında gündeme getirmeniz, eğitimler sırasında kullanılacak olan bu materyalin geliştirilmesi ve güncelleştirilmesine katkıda bulunacaktır.

Bölüm 1

İLİN COĞRAFI, İKLİM VE ULAŞIM ÖZELLİKLERİ

Coğrafi özellikler; tüm hizmetlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinin de sunumunda ve toplumun hizmetlere ulaşabilirliğinde etkili bir faktördür. Hizmeti kullananların sağlık kuruluşlarına veya personelin yerleşim yerlerine ulaşımında coğrafik özelliklerin olumsuz etkileri olabilmektedir. Bölge veya ilin iklim yapısı da aynı şekilde hizmetlere ulaşılabilirlikte etkisi olan bir faktördür. Örneğin, sert kış şartlarında halkın yerleşim yerlerinden sağlık kuruluşlarına gidişi imkansız hale gelebilmekte, kişiler koruyucu hizmetler, hatta acil bakım hizmetlerinden mahrum kalabilmektedir. Aynı şekilde, çok sıcak yaz ayları, atıkların karıştığı sular bulaşıcı hastalıklar açısından elverişli ortamlar yarabilmektedir.

Bu özelliklerin sağlık hizmetlerine ve toplumun sağlık düzeyine olumsuz etkilerini asgari düzeye indirmek için, her sağlık personeli kendi görev tanımına uygun olarak hizmetin planlanmasında gerekli katkıyı sağlamalıdır.

1. İlinizin ve çalışma bölgenizin coğrafi, iklim ve ulaşım özellikleri nelerdir?

2. Yukarıdaki bilgilerin ışığı altında ilinize ait bu özelliklerin hizmet sunumu ve kullanımına olumsuz etkileri neler olabilir? Planlama aşamasında (bu özelliklere ve etkileri ile ilgili olarak) üzerinize düşen sorumluluklar neler olmalıdır?

Bölüm 2

İLİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Demografik veriler, her **kategorideki** sağlık personelinin hizmetle ilgili planlama yapmasında ve önceliklerini belirlemede kullanabileceği **bilgilerdir**. Bu bilgiler, planlama aşamasında doğrudan kullanılabilir gibi değerlendirme amacıyla örneğin sağlık göstergelerinin hesaplanması için kullanılabilir.

1. İlinizin ve çalıştığınız bölgenin en son nüfus sayımına ve bulunduğumuz yıl ortasına göre nüfusu nedir? (yıl ortası nüfusun yaş ve cinse göre dağılımını nüfus piramidi çizerek göstertiniz.)

2. İlinizin ve çalıştığınız bölgenin Kır-Kent nüfus oranı nedir?

3. İlinizin ve çalıştığınız bölgenin nüfus artış hızı kaçtır? Bu hızın Bölge ve Türkiye ortalaması içindeki yerini yorumlayınız.

4. İliniz ve çalıştığınız bölge;

4.1. İç yada dış göç alıyor yada veriyor mu?

4.2. Yılın belli dönemlerinde nüfus hareketlerinden etkileniyor mu? Evet ise nelerden etkileniyor?

4.3. Bu etkenlerin iliniz sağlık düzeyine olası etkileri nelerdir? Bu etkenlere

yönelik ise Sağlık Müdürlüğünüzce alınması gereken önlemler nelerdir?
Maddeler halinde yazınız.

5. İlinizin ve çalıştığınız bölgenin 15-49 yaş gurubu kadın sayısı kaçtır? Sizce bu rakamı bilmenin yararı nedir ve hangi ön tahminleri yapmak için kullanılır?

6. İlinizin ve çalıştığınız bölgenin 0-11 ay grubu bebek ve 1-5 yaş grubu çocuk sayısı kaçtır? Sizce bu rakamı bilmenin yararı nedir ve hangi ön tahminleri yapmak için kullanılabilir?

Bölüm 3

İLİN SOSYOEKONOMİK VE KÜLTÜREL ÖZELLİKLERİ

Kişilerin sağlık hizmetlerine bakışı, sağlık ve hastalık kavramlarına yaklaşımı çok değişiktir. Herhangi bir sağlık sorunu toplumun bir bölümü tarafından **sağlık dışı bir olay** olarak görülebilirken, başka bir grup tarafından sağlık kuruluşuna gitmeyi gerektirecek bir sorun olarak görülmeyebilir. Sağlığı doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen **davranış biçimleri** toplumlar hatta kişiler arasında çok büyük değişiklikler göstermektedir. Bu değişiklikler kişi ve toplumların kültürel özellikleri, sosyal **statüleri** ve ekonomik düzeylerinden kaynaklanmaktadır. Sağlık personelinin iline ve çalışma bölgesine ait bu davranış biçimlerini ve nedenlerini (determinant) çok iyi bilmesi, **olumlu olanlarını geliştirmesi, olumsuz olanlarını ise** ortadan kaldırmak amacıyla **sağlık eğitimleri** düzenlemesi gerekmektedir.

Ayrıca sağlık personelinin çalıştığı bölgedeki temel geçim kaynaklarını ve iş alanlarını bilmesi; halk sağlığı sorunu olabilecek meslek hastalıklarını ve riskleri dikkate alarak hizmeti planlaması ve gerekli önlemleri alması açısından önemlidir.

1. İlinizde ve çalıştığınız bölgede sağlık alanında öncelikli hedef grubumuz olan bebek, çocuk ve anneler üzerinde (beslenme, hijyen, aşılama hizmetleri vb. konularda) olumsuz etkileri olabileceğini düşündüğünüz; değişik inanç, örf ve adetlerden kaynaklanan davranış biçimlerini ve uygulamaları maddeler halinde yazınız.

2. Toplum ve kişilerin sağlıklarını korumak, geliştirmek ve düzeltmek amacını güden sağlık çalışanı olarak sağlığı olumsuz etkileyebilecek bu davranış biçimlerinin düzeltilmesinde;

2.1. Sizin ve birlikte çalıştığınız ekibin,

2.2. İl Sağlık Müdürlüğünü ve

2.3. Sağlık Bakanlığı'nın,

üzerine düşen sorumluluklar ve sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumunda yapılması gerekenleri maddeler halinde yazınız.

3. Yine bu amaçla, ilinizde ve çalıştığınız bölgede, sağlık dışında hangi sektörlerle işbirliği yapılmalıdır?

4. Bu işbirliğinin sağlanması ve sürdürülmesinde hangi yöntemler kullanılmalıdır? Bu konuda sizin üzerinize düşen sorumluluklar neler olmalıdır?

5. Çalıştığınız ilin ve bölgenin başlıca geçim kaynaklarını sıklığına göre maddeler halinde yazınız (Tarım, hayvancılık, küçük sanayi, ağır sanayi, serbest meslek, memur vb.)

6. Söz konusu geçim kaynaklarından hareketle, çalışanların ve birlikte yaşadıkları kişilerin maruz kalabilecekleri riskler ve bu risklerin sonucunda beklenen sağlık sorunları/hastalıklar neler olabilir?

Bölüm 4

SAĞLIK GÖSTERGELERİ

Sağlık göstergeleri de, demografik veriler gibi hizmetin planlanma ve değerlendirme aşamalarında kullanılan verilerdir. Bu göstergeler arasında anne ve bebek ölüm hızları, kaba doğum ve ölüm hızı, aşılanma oranları, mortalite ve morbidite ölçütleri sayılabilir. Örneğin; bir yıl içinde olan canlı doğum sayısı ve o yıl içinde gebelik, doğum ve gebelik sonrası 6 hafta içinde ölen anne sayısının bilinmesi anne ölüm hızının hesaplanması için gerekli verilerdir. Aynı şekilde, anne ölüm hızı ve canlı doğum sayısının bilinmesi durumunda; bir yıl içinde o bölgede beklenen anne ölümlerinin sayısını hesaplamak mümkün olabilecektir. Bu gibi göstergeler, sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık müdürlüğü ve Bakanlık düzeylerinde tüm sağlık çalışanları tarafından öncelikle verilebilecek hizmete karar vermede ve konulacak hedeflerin sayısal değerlerini belirlemede kullanılabilir. Ayrıca, verilen hizmetin değerlendirilmesi de bu tür göstergelerin izlenmesi ile mümkündür.

Bu bölümde ilgili daha geniş bilgiyi Bölge Sağlık Yönetiminde Epidemiyolojiye Giriş Kitapçığında bulabilirsiniz.

1. Çalıştığınız sağlık kuruluşu ve il düzeyinde verilen sağlık hizmetlerinin planlama ve değerlendirilmesi için; hangi göstergelerin hangi amaçlarla kullanılabileceğini maddeler halinde yazınız.

2. Çalıştığınız **birinci basamak sağlık kuruluşu ve il düzeyinde;**

2.1. “Bebek Ölüm Hızı”nı,

2.2. “Kaba Doğum Hızı”nı,

2.3. “Kaba Ölüm Hızı”nı

2.4. “Toplam Doğurganlık Hızı” nı

2.5. Yöntemlere göre “Etkili ve Etkisiz Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Hızları”nı,

2.6. “DBT1, DBT3, Kızamık ve Tam aşılı Çocuk Yüzdesi” ni ve çalıştığınız birinci basamak sağlık kuruluşu ve il düzeyindeki rakamlar arasındaki farklılıkların olası nedenlerini her biri için ayrı ayrı maddeler halinde yazınız.

2.7. Aşı ile korunabilir hastalıklara ait hızları hesaplayınız.

3. İlinize ve çalışma bölgenize ait “Anne Ölüm Hızını ve Perinatal Ölüm Hızını” hesaplayınız. Bu hızları Türkiye ve bölge ortalamaları ile karşılaştırıp varsa aralarındaki farklılığın olası nedenlerini maddeler halinde yazınız.

4. Çalıştığınız birinci basamak sağlık kuruluşu ve il düzeyindeki “0-11 ay 1 yaş ve 5 yaş ve üzeri yaşlar için en sık görülen ve en sık öldüren ilk beş hastalığı” maddeler halinde yazınız. Varsa çalıştığınız bölge ve il düzeyi arasındaki farklılığın olası nedenlerini maddeler halinde yazınız.

5. İliniz ve çalışma bölgenizin çevre sağlığı ile ilgili mevcut durumu; "Su kaynakları", "Bölgenin gıda üretimi", "Kanalizasyon sistemi", "Katı atıkları (çöp)", "Sanayi işletmeleri ve atıkları" ve "vektörler" başlıklarında ek olarak maddeler halinde yazınız.

6. İliniz ve çalışma bölgenizdeki çevre sağlığı ile ilgili mevcut durumu daha iyiye götürülmesinde İl Sağlık Müdürlüğü'nce yapılması gerekenleri maddeler halinde yazınız.

Bölüm 5

İLİN ÖNCELİKLİ SAĞLIK SORUNLARI

Bu bölüme kadar, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan bir sağlık personeli olarak; ilinizde sağlık düzeyini etkilemesi olası faktörler hakkında bilgi sahibi olmanız ve bu bilgiler hakkında yorumlar yapmanız istendi.

Bu bölümde, şimdiye kadar elde ettiğiniz veriler ve yaptığınız hesaplamalar sonucunda ilinizin öncelikli sağlık sorunlarını ve bu sorunların çözümüne yönelik önerilerinizi maddeler halinde yazmanız ve gerekiyorsa açıklamalar yapmanız beklenmektedir. Böyle bir çalışma, uygun planlama, uygulama ve değerlendirme yapabilmeniz için de yararlı olacaktır.

Bölüm 6

İLDE YÜRÜTÜLEN SAĞLIK PROGRAMLARI

Ülkemizin temel sağlık hizmetleri alanındaki **öncelikli sağlık sorunlarının** çözümüne yönelik olarak, rutin hizmetlere ek olarak Bakanlıkça, sorunun olduğu yerde ve hedef gruba yönelik yürütülen çalışmalar "Sağlık Programları" olarak tanımlanabilir.

Bakanlığımız kısıtlı kaynaklarını en verimli biçimde kullanmak amacıyla, rutin hizmet içindeki bazı öncelikli alanlara yönelik program ve projeler geliştirmektedir.

Bunların bazıları ülke çapında uygulanmakta, bazıları ise kaynak kısıtlılığı ve öncelikler dikkate alınarak birkaç ille sınırlı kalmaktadır.

Bu nedenle, ilde çalışmaya başlamadan önce, uygulanmakta olan sağlık program ve projelerini tanımanız amaç, hedef ve kapsamlarını bilmeniz yararlı olacaktır.

Bu amaçla, ilinizde uygulanmakta olan program ve projelerin amaç, hedef ve başlıca faaliyet alanlarını maddeler halinde yazınız.

Not:

Not:

SAĞLIK HİZMETLERİ VE ÇALIŞANLAR AÇISINDAN YASAL DÜZENLEMELER

Birinci Basamak Sağlık Personeli İçin

**Prof. Dr. Zafer ÖZTEK
Adil YÜKSEL
İbrahim SAKABAŞ**

8. Basım

ANKARA – 2001

1. Basım : 500 Adet, Ankara - Nisan, 1995
2. Basım : 3000 Adet, Ankara - Haziran, 1995
3. Basım : 2000 Adet, Ankara - Ekim, 1995
4. Basım : 2500 Adet, Ankara - Şubat, 1996
5. Basım : 4000 Adet, Ankara - Temmuz, 1996
6. Basım : 6220 Adet, Ankara - Aralık, 1996
7. Basım : 2500 Adet, Ankara - Ocak, 1999
8. Basım : 4000 Adet, Ankara - Nisan, 2001

ISBN : 975 - 7572 – 71 - 3

Bu eğitim materyali, birinci basamak sağlık personelinin uyum eğitimlerinde kullanılmak üzere T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından bastırılmıştır. Her hakkı saklıdır. Kaynak gösterilerek kullanılabilir. Bu kitabın bir kısmının ya da tamamının çoğaltılması için Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nden izin istenebilir.

Basıldığı Yer :Barok Matbaacılık Tel : 417 80 76 Faks : 425 18 10 ANKARA

İÇİNDEKİLER

Sayfa

Bölüm 1

Türkiye’de Yönetimin Genel Özellikleri	1
Cumhuriyetin Organları	1
Yönetim Yapısı	2
Türk Kamu Yönetiminin Genel Özellikleri	5

Bölüm 2

Sağlık Sektörüne Genel Bakış	7
Giriş	7
Sağlık Hizmeti sunan Başlıca Kurumlar	7
Sağlık Bakanlığı	7
Sosyal Sigortalar Kurumu	18
Üniversiteler	19
Askeri Sağlık Kuruluşları	19
Belediyeler	19
Diğer Kamu Kurumları	19
Özel Sektör	19

Bölüm 3

Kamuda Çalışmanın Esasları	21
Kamu Görevlisi ve Memur Kavramları	21
Devlet Memurlarının Ödevleri ve Sorumlulukları	22
Memurların Hakları	23
Memurların Yapmaması Gerekenler (Yasaklar)	27
Memuriyete Giriş	28
İlerleme ve Yükselmeler	30
Silah Altına Alınan Memurlar	30
Memurluktan Çekilenlerin Yeniden Atanmaları	31
Memurluğun Sona Ermesi	31
Çalışma Saatleri	32
Siciller	33
Disiplin	33

Bölüm 4

Özlük Hakları

37

Aylık

37

Sağlık personeli İçin Gerekli Mevzuat

41

Kanunlar

43

Tüzükler

44

Yönetmelikler

44

Kaynaklar

46

Bölüm 1

TÜRKİYE'DE YÖNETİMİN GENEL ÖZELİKLERİ

1. Cumhuriyetin Organları

Türkiye Cumhuriyeti'nin temel organları Yasama, Yürütme ve Yargıdır.

1.1. Yasama: Yasa yapma anlamına gelen yasama yetkisi ülkemizde Türkiye Büyük Millet Meclisine (TBMM) aittir. Yasa önerileri Bakanlar Kurulu ya da milletvekilleri tarafından yapılır. Bu öneriler önce TBMM'nin ilgili komisyonlarında tartışılıp son biçimlerini alır ve görüşülmek üzere Meclis Genel Kuruluna sevk edilir. Öneriyi aynen ya da değiştirerek kabul etmek ya da reddetmek Genel Kurulun yetkisindedir. Meclis tarafından kabul edilen yasalar Cumhurbaşkanı tarafından onaylandıktan sonra yürürlüğe girer. Cumhurbaşkanı'nın onaylamadığı yasalar yeniden görüşülmek üzere Meclis'e iade edilir. Meclis yasayı ikinci kez ve aynı biçimi ile kabul ederse, Cumhurbaşkanı bunu onaylamak zorundadır.

Bir yasa önerisinin yasallaşması bazen çok uzun zaman alabilir. Çünkü, bir önerinin, genellikle birden çok komisyonda görüşülmesi gerekir. Her komisyonda görüşülmek üzere sıraya girer. Öneri üzerinde tartışmalar uzarsa, bir öneri bir komisyonda yıllarca bekleyebilir. Yasa önerisi Meclis Genel Kurulu'nda uzunca bir süre bekleyebilir. Bu durumu engellemek ve bazı uygulamaları hızlandırabilmek için Bakanlar Kurulu Yasama Organından, bazı konulardaki yasa çıkartma yetkisini belirli bir süre için Bakanlar Kuruluna devretmesini isteyebilir. Bu teklif TBMM tarafından kabul edilirse, Bakanlar kuruluna bazı konularda yasa yerine geçmek üzere **kararnameler** çıkartma yetkisi devredilmiş olur. Bakanlar Kurulunca yayınlanan ve yasa gücünde olan kararlara **Kanun Hükmünde Kararnameler** denir.

1.2. Yürütme: Yasamanın çıkarttığı yasaları uygulamak yürütmenin görevidir. Türkiye'de yürütmenin başı Bakanlar Kurulu (Hükümet) dur. Yürütme (ya da yönetim), yasaların uygulanmasına açıklık kazandırmak için kendisine verilen yetkiler içinde tüzükler ve yönetmelikler çıkartabilir. Yürütmenin iki türlü yetkisi vardır.

1.2.1. Bağlı yetki: Bu tür yetkide, yönetimin belli kamu hizmetlerini nasıl yürüteceği, alacağı kararların içeriği önceden belirlenmiştir. Yönetim bunları değiştiremez, yalnızca uygular. Örneğin, tifo hastalığının bildirimini yasal bir zorunluluktur. Yönetim bunu değiştiremez. Bu işin yerine getirilip getirilmediğini denetler.

1.2.2. Takdir yetkisi: Bütün kamu hizmetlerinin nasıl olması gerektiğini önceden belirlemek imkansızdır. O nedenle, yürütmeye bazı kararları alabilme yetkisi verilmiştir. Yönetim takdir yetkisini yasaların belirlediği sınırlar içinde, kamu yararı için, eşitlik ilkesine uygun olarak ve gerekçe göstererek kullanmak zorundadır.

1.3. Yargı: Yargı yetkisi, Türk Ulusu adına bağımsız mahkemelerce kullanılır. Yönetimin uygulamaları nedeniyle yargıya başvurulabilir. Yönetim yargıya karışamaz. Onun kararlarına uymak zorundadır. Bir başka deyişle **yargı, yönetimin hukuka uygun davranmasını sağlar.**

2. Yönetim Yapısı

2.1. Merkezi Yönetim: Türkiye'de yürütme yetkisi ve görevi Cumhurbaşkanı ve Bakanlar Kurulu tarafından yerine getirilir. Bakanlar Kurulunda bugün sayıları en çok 20 olan Devlet Bakanları dahil olmak üzere 35 bakan bulunmaktadır. Bunlardan birisi de Sağlık Bakanı'dır.

Bütün bakanlıkların örgütlenmesi standart esaslara bağlanmıştı. Bun göre **her bakanlıkta bir müsteşar** ve yardımcıları hizmetlerin yürütülmesinden bakana karşı sorumludurlar. Bakanlıklarda üç grup hizmet birimi olabilir. Bunlar **ana hizmet birimleri, yardımcı hizmet birimleri** ve **destek hizmet birimleridir.** Yardımcı ve destek hizmet birimleri bütün bakanlıklarda aynıdır. Ana hizmet birimleri bakanlıkların hizmet alanlarına göre farklılıklar gösterir.

Ülke, devlet yönetimini yerel düzeyde sağlayan 81 ile bölünmüştür. İllerde kendi içlerinde kademeli olarak ilçelere, kasabalara ve köylere bölünmüştür. Bakanlıklar hizmetlerini il düzeyinde örgütlemişlerdir. Ancak, bazı kuruluşlar taşra örgütlerini (merkezdeki karar organı dışındaki hizmet birimlerini) bu bölünme dışında örgütlemişleridir. Böylece bölgesel örgütler ortaya çıkmıştır. Değişik kuruluşlar kendi hizmetlerinin özelliklerine göre bölgeler oluşturduklarından, bazı bakanlıklar ve kamu kuruluşlarının bölge kuruluş alanları, sınırları ve sayıları arasında önemli farklılıklar vardır. Örneğin; Sağlık Bakanlığı il yapılanmasına göre örgütlediği halde SSK bölge örgütlenmesini benimsemiştir.

Merkezi yönetimin ana hizmet biri olan "il" aynı zamanda yerinden yönetim birimidir. İllerde en yüksek yönetsel amir validir. Valiler genellikle Siyasal Bilimler, Hukuk ya da Kamu Yönetimi dallarında yüksek eğitim görmüş kişiler olmakla birlikte, yüksek öğrenim görmüş ve en az 10 yıl kamu hizmetinde bulunmuş herkes vali olarak atanabilir. **Vali**, bütün bakanlıkların o ildeki temsilcisi ve o hizmetlerin asıl sorumlusudur. Ancak, valiler aslında teknokrat (teknik eleman) değil bürokratlardır. Asıl görevleri hizmetlerin **yürütülmesini** sağlamak, **denetlemek** ve hizmetler arasında **koordinasyonu** sağlamaktır. O nedenle, valilerin her hizmet için teknik danışmanlara ve bu hizmetleri onlar adına yürütmek üzere yardımcılara ihtiyaçları vardır. **Valilerin hizmetlerle ilgili yardımcılarını "il şube müdürleri"dir. Bu müdürlerden birisi de İl Sağlık Müdürüdür. Bir başka deyişle, il düzeyinde sağlık hizmetlerinin asıl sorumlusu vali olmakla birlikte, onun adına hizmetleri yürüten kişi sağlık müdürüdür.**

Valiler, sorumluluklarını vali yardımcılarını arasında paylaştırmışlardır. Bu yardımcılardan birisi de sağlık hizmetlerinin günlük işlerini yürütmekle görevlendirilmiştir.

İlçe, ilin yönetsel alt bölümüdür ve ayrıca tüzel kişiliğe sahip bir organ değildir. İlçenin en yüksek yönetsel amiri olan kaymakam, il düzeyinde yapılarına benzer biçimde, ilçedeki yönetim birimlerinin çalışmalarını koordine eder ve denetler. Kaymakam, vali ile köyler arasındaki bağlantıyı da oluşturur.

Valilerin aksine kaymakamlar **her zaman** Siyasal Bilimler, Hukuk ya da Kamu Yönetimi dallarından birinde yüksek öğrenim görmüş ve daha sonra kaymakamlık kursunu bitirmişlerdir. Dolayısıyla profesyonel kamu yöneticileridir. Tıpkı, ilde valinin hizmetleri yürütmesi gibi, kaymakamlar da hizmetleri ilçe şube müdürlükleri aracılığı ile yürütürler.

2.2. Yerel Yönetimler: Türkiye'de yerel yönetimler üç grupta toplanabilir; İl özel idareleri, belediyeler ve köy yönetimleri. Bu kuruluşlar halkın yerel ihtiyaçlarını karşılamak üzere seçmenler tarafından seçilerek oluşturulan **kamu tüzel kişilikleridir.**

2.2.1. İl özel idaresi: İl Özel İdaresi'nin başlıca amacı yerel kaynakları harekete geçirerek **ilin bütçesine katkılar sağlamaktır.** Bu amaçla, il özel idareleri yatırımlar yapabilir, ticari ortaklıklar kurabilir. Böylece, Devlet Bütçesi ile sağladığı bütçesini genişletebilir ve ildeki kamu hizmetlerini destekleyici çalışmalarda bulunur.

İl Özel İdaresi'ni karar organı İl Genel Meclisi'dir. Bu organ, her ilçe bir seçim çevresi olmak üzere 5 yılda bir yapılan seçimler sonucu belirlenir. İl Genel

Meclisi, her yılın Mayıs ve Kasım aylarında olmak üzere en çok 30'ar günlük sürelerle toplanır. Toplantı gündemini vali belirler. Meclisin yetikleri, il bütçesini kabul etmek ve İl Özel İdaresinin mallarını idare etmektedir.

İl Özel İdaresi'nin bir organı da İl Daimi Encümeni'dir. Bu kurul, İl Genel Meclisi'nin kendi arasından her yıl için seçtiği 5 üyeden oluşur. Başkanlığını vali ya da görevlendirdiği yardımcısı yapar. Başlıca görevi, bütçe harcamalarını denetlemek ve yatırımlara karar vermektir.

2.2.2. Belediyeler: Belediyeler nüfusu 2.000'i aşan yerlerde kurulabilir. Günümüzde, Türkiye'de 2.000'den çok belediye vardır. Belediyelerin başlıca amaçları, kentlerde yaşayan toplumun sağlık, güvenlik, refah ve ticari düzen gibi temel ortak ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Görevlerinden bazıları zorunlu olarak yapılması gerekenlerdir. Bazı hizmetleri ise isteğe bağlıdır. Zorunlu hizmetleri arasında halk sağlığına ilişkin olanlar, kent planlaması, kamu güvenliği ve kültür hizmetleri sayılabilir.

Belediye gelirlerinin bir bölümü **o kentteki nüfusa orantılı olarak** devlet bütçesinden ayrılan paydan oluşur. Diğer bölümleri ise il düzeyinde toplanan vergilerden, harçlardan ve diğer yollarla sağladığı gelirlerden oluşur. Belediyeler büyük yatırımlar için İller Bankası'nın kredi kaynaklarını da kullanırlar.

Belediyeler bir Belediye Meclisi, bir Daimi Encümen ve Belediye Başkanından oluşan standart bir yapıya sahiptir. Bunların hepsi de halk tarafından seçilerek iş başına gelirler. Başkan, belediye tüzel kişiliğini yürütme organıdır.

2.2.3. Köy idaresi: Nüfusu 150 ile 2.000 arasında olan yerlere köy denir. Nüfusu daha az olan yerler (mezralar) isterlerse yakınlarındaki bir köye bağlanabilirler. Aksi durumda bunların nerelere bağlı olacaklarına vali karar verir.

Köy kanununa göre köy yönetimlerinin zorunlu ve isteğe bağlı olmak üzere iki türlü görevi vardır. **Sağlıkla ilişkili olarak zorunlu olan görevleri arasında köyün su ve yollarının temiz tutulması, mezarlık kurulması ve bakımı, bataklıkların kurutulması ve hastalıkların önlenmesi vardır.** Bu işler Köy Meclisi (Derneği) ve Muhtar tarafından yerine getirilir. Köydeki bütün seçmenler "Köy Meclisi"ni oluşturur. Bu meclis, köy muhtarını seçer, tercihli görevlerden hangisinin zorunlu olması gerektiğine karar verir. Aynı Meclis, köy yönetiminin yürütme organı olan Köy İhtiyar Heyetini de seçer. Köy öğretmeni (ilkokul müdürü) İhtiyar Heyetinin doğal üyesidir. Muhtar, bir

yandan köy yönetiminin başı, diğer yandan da merkezi yönetimin icra yetkilisidir.

Köyün başlıca gelir kaynağı, Köy İhtiyar Heyeti tarafından her aile için saptanan hane halkı vergisi olan "salma"dır. Toplam gelirlerin yaklaşık üçte birini salma oluşturur. Diğer bir gelir kaynağı da "imece"dir. İmece, köylünün ortaklaşa emeği ile bazı işlerin gerçekleştirilmesidir.

3. Türk Kamu Yönetiminin Gelen Özellikleri

3.1. Sistem Yönünden: Türk kamu yönetimi Fransız Yönetimine benzer biçimde "idari rejim" olarak nitelendirilir. Bu sistemde, kişilere uygulanan hukuk sistemi ile kamu yönetimine uygulanan hukuk sistemi farklıdır. Yine bu sistemde, kamu yönetimi tek yanlı olarak bağlayıcı kararlar alabilir, aldığı kararları kendisi uygulayabilir. Oysa Anglo-Amerikan sisteminde, ayrı bir kamu yönetimi hukuku yoktur. Kamu yönetimine de herkese uygulanan hukuk uygulanır.

3.2. Örgüt Yönünden: Ülkemizde bakanlıkların ve bunlara bağlı örgütlerin sayısının çokluğu ve görev alanlarındaki genişlik dikkati çekmektedir. Devletin ekonomik yaşama bir işletmeci olarak katılması, çalışmalarında geniş ölçüde özel hukuk sisteminden yararlanması, yeni kamu kuruluşlarını ortaya çıkarmıştır. Bu yapının değiştirilmesi için, son yıllarda yoğunlaşan çabalar vardır.

3.3. Görev Yönünden: Kamu kuruluşlarında, görev ve sayısal yönden büyüme eğilimi ve büyümede belli ilkelere dayanılmaması, kamu kuruluşlarını hem yapı hem de görev yönünden karmaşık bir duruma getirmiştir. Bunun sonucunda, kamu kuruluşları arasında görev çakışmaları ortaya çıkmış ve koordinasyon güçleşmiştir.

3.4. Kamu Görevlileri Yönünden: Kamu hizmetlerinin örgütlenmesindeki karışıklık, kamu görevlileri alanında da görülmektedir. Memurluk bir meslek durumuna gelmiş, sayıca kabarık, verimsiz bir memur kadrosu oluşmuştur. Memurlarla ilgili hukuk kuralları karmaşık bir duruma gelmiştir.

3.5. İşleyiş Yönünden: Türk kamu yönetimi sıkı bir merkezcilik sistemine dayanmaktadır. Genel yönetimin, yerel ve hizmet yönünden yerinden yönetim kuruluşları üzerindeki denetimi, oldukça ağırdır. Bu sistem içinde, kamu hizmetlerinin işleyişi yavaş ve maliyeti yüksektir.

3.6. Yönetime Katılma Yönünden: Türk kamu yönetiminde yöneten ve yönetilenler ayrımı ağır biçimde hissedilmektedir. **Halkın yönetime katılımı, ancak genel ve yerel seçimlerle olabilmektedir.** Bazı kurumlarda, çalışanların

ve halkın yönetime katılmaları ilişkin girişimlerine işlerlik kazandırılmamıştır. **Sağlık Ocağı Sağlık Kuralları Yönetmeliğinin** bir türlü uygulamaya sokulamaması bunun bir örneğidir.

Bölüm 2

SAĞLIK SEKTÖRLERİNE GENEL BAKIŞ

1. Giriş

Ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin örgütlenişi ve yönetimi de yukarıda açıklanan genel özellikleri taşımaktadır. Bu örgütlenme karmaşık bir yapıya sahiptir. Nüfusun tamamına hizmet vermekte yükümlü olan Sağlık Bakanlığı'nın yanı sıra Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Üniversiteler, bir çok bakanlık, kamu kuruluşları ve belediyeler belli gruplara tıbbi bakım hizmetleri de dahil olmak üzere her türlü sağlık hizmetini vermektedir.

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin bir diğer özelliği de merkezi planlama ve yönetimidir. Sağlık Bakanlığı, kendisine bağlı yataklı ve yataksız sağlık kuruluşlarının yapımı, onarımı, işletilmesi, personel ihtiyacı, hizmetlerin planlaması ve denetimi gibi işleri ya doğrudan merkezden ya da taşra teşkilatı aracılığı ile yürütmektedir. Diğer kurumlara bağlı olan sağlık kuruluşlarının kurulması ve işletilmelerinde de standartları belirleme ve denetim yetkilerine sahiptir.

Ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin bir başka özelliği de, birinci basamak sağlık kuruluşlarından önce ikinci basamak kuruluşların, yani, hastanelerin kurulup geliştirilmiş olmalarıdır. Gerek halkımızda, gerekse sağlık personeli arasında birinci basamağı verimli olarak kullanma alışkanlığı sağlanamamıştır. Bu yapılabildiği zaman, bugün şikayet edilen bir çok sorun ortadan kalkmış olacaktır. Bunu başarmak, başta sağlık yöneticileri olmak üzere bütün sağlık personelinin çabaları ile mümkün olabilir.

2. Sağlık Hizmeti Sunan Başlıca Kurumlar

2.1. Sağlık Bakanlığı: Osmanlı İmparatorluğu'nun son dönemlerinde sağlık hizmetleri İçişleri Bakanlığına bağlı bir genel müdürlük tarafından yürütülmekte idi. Sağlık hizmetlerinin bir bakanlık düzeyinde örgütlenmesi ilk kez 1920 yılında olmuştur.

Halen Sağlık Bakanlığı, 1981 yılında çıkartılan 181 sayılı Kanun Hükmündeki

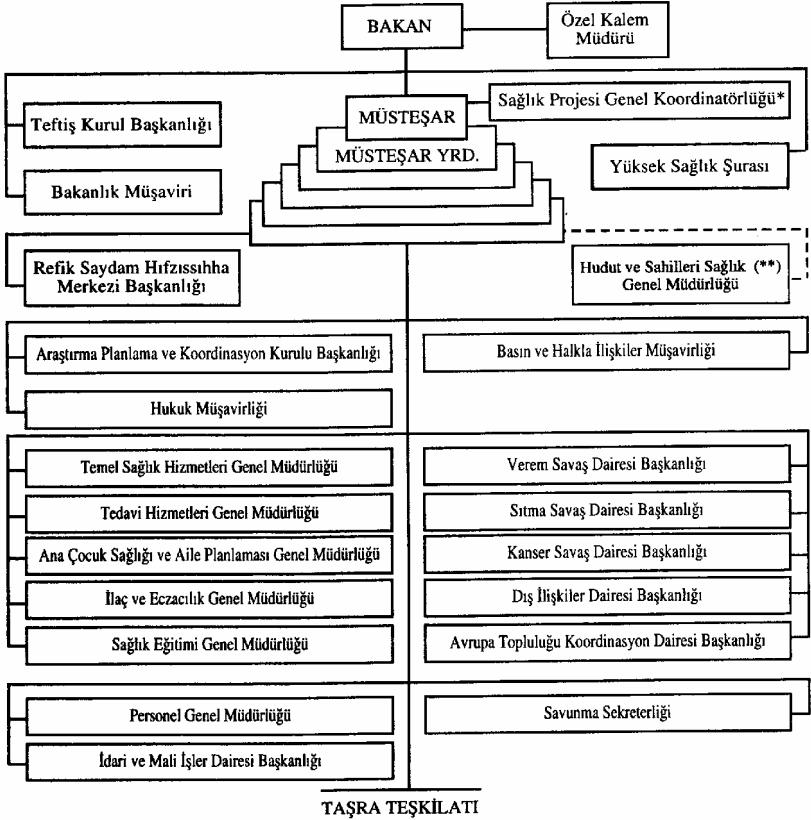
Kararnameye (KHK) ve bu kararnamede bazı değişiklikler yapan 210 sayılı KHK'ye göre hizmet vermektedir. Bakanlığın kuruluş ve çalışma esaslarını belirleyecek olan kanun üzerindeki çalışmalar henüz tamamlanamamıştır.

2.1.1. Sağlık Bakanlığının görevleri: Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri hakkındaki 181 sayılı Kanun Hükmündeki Kararname'ye göre Bakanlığın görevleri şunlardır:

1. Herkesin hayatını bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için fert ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, bu konularla ilgili her türlü önlemi almak, gerekli örgütü kurmak ve kurdurtmak.
 2. Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşmak.
 3. Koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerini sağlamak.
 4. Ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini yapmak.
 5. Aşı, serum, kan ürünleri, ilaç, uyuşturucu ve psikotrop maddelerin ithal ve üretimlerini yapmak, yaptırtmak, bu işleri ve bu maddelerin tüketimlerini her safhada kontrol etmek.
 6. Tarım Bakanlığı ve mahalli idarelerle işbirliği yaparak gıda maddelerinin ve bunları üreten yerlerin sağlık açısından kontrolü hizmetlerini yürütmek.
 7. Mahalli idareler ve ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği yaparak çevre sağlığını ilgilendiren önlemleri almak ve aldirtmak.
 8. Bulaşıcı, salgın insan hastalıklarına karşı kara hudut kapıları, deniz ve hava limanlarında koruyucu önlemleri almak.
 9. Kanser, verem ve sıtma ile savaş hizmetlerini yürütmek ve bu alanda hizmet veren kurum ve kuruluşların çalışmalarının koordinasyonunu ve denetimini sağlamak.
 10. Bu görevlerin yerine getirilmesi için gerekli tesisleri kurmak ve işletmek, insangücünü yetiştirmek ve sağlamak.
 11. Sağlık hizmetleriyle ilgili olarak uluslararası ve yurt içindeki kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmak.
-

2.1.2. Sağlık Bakanlığı'nın merkez örgütü: Her bakanlıkta olduğu gibi Sağlık Bakanlığının merkez örgütünde de ana hizmet birimleri, danışma ve denetleme birimleri ve yardımcı birimler vardır.

Şekil 1: Sağlık bakanlığı Merkez Örgütü (1995)



* İkras anlaşmaları gereği Bakan onayı ile kurulmuştur.

** Sağlık Bakanlığına bağlı katma bütçeli kurum.

Bakan: Bakanlık kuruluşunun en üst amiridir. Bakanlık hizmetlerini mevzuata, hükümetin genel siyasetine, milli güvenlik siyasetine, kalkınma planlarına ve yıllık programlara uygun olarak yürütmekle ve Bakanlığın faaliyet alanına giren konularda diğer Bakanlıklarla işbirliği ve koordinasyonu sağlamakla görevli ve Başbakana karşı sorumludur.

Müsteşar: Bakanlık hizmetlerini Bakan adına ve Bakanın emirleri yönünde, Bakanlığın amaç ve politikalarına, kalkınma planlarına ve yıllık programlara, mevzuat hükümlerine uygun olarak düzenler ve yürütür.

Müsteşar Yardımcıları: Bakanlık ana hizmet birimleri ve danışma ve yardımcı birimlerin yönetim ve koordinasyonunda Müsteşara yardımcı olurlar. Sayıları beştir.

A. ANA HİZMET BİRİMLERİ: Bakanlığı amaçlarını gerçekleştirebilmek için kurulmuş olan genel müdürlükler ve bağımsız daire başkanlarından oluşur. Bakanlıkta on adet ana hizmet birimi vardır.

1. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Birinci basamak sağlık hizmetleri veren kuruluşların işletilmesi ile koruyucu hizmetlerin yürütülmesinden sorumludur. Bu hizmetler arasında özellikle sağlık ocaklarının ve sağlık evlerinin kurulup çalıştırılmaları, çevre sağlığı, gıda kontrolü, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, trahom, frengi, lepra kontrolleri sayılabilir. Özel hekimlerin çalışmalarını da bu genel müdürlük denetler. Ayrıca, Yüksek Sağlık Şurası'nın sekreteryası da bu birim tarafından yürütülür. Belediyelerin sağlıkla ilgili işlerinin denetlenmesi de bu birimin işlerindedir.

2. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Bakanlığa bağlı yataklı tedavi kurumları açmak, işlemlerini düzenlemek, takip etmek, kan ve kan ürünlerini sağlamak, bu amaçla kan merkezi açmak, açtırtmak, denetlemek gibi görevleri vardır. Özel hastanelerin ruhsat ve denetim işleri ve ağız sağlığı programlarının yürütülmesi de bu genel müdürlüğün sorumluluklarındandır.

3. İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü: Sağlık hizmetlerinde kullanılacak ilaçların imali, ithali ve piyasaya arzı, eczanelerin açılışı ve çalışmalarının denetlenmesi ile ilgili görevleri vardır.

4. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü: 15-49 yaşları arasındaki kadınların (ana) ve 0-5 yaşları arasındaki çocukların sağlıklarının korunması, gebelik ve doğuma ilişkin ve aile planlamasına yönelik hizmetlerin planlanıp yürütülmesi bu genel müdürlüğün sorumluluğundadır.

5. Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü: Başlıca üç görevi vardır;

- a. Sağlık personeli yetiştirmek üzere orta ve yüksek dereceli okulların açılması için gerekli plan ve programları yapmak, bu okulları kurup işletmek, bu personelin hizmetiçi eğitimlerini sağlamak,
 - b. Halkın sağlık eğitimi işlerini planlamak,
-

c. Bakanlığın yayın hizmetlerini düzenlemek ve yürütmek.

6. Sıtma Savaş Dairesi Başkanlığı: Sıtma mücadelesi hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesi görevini yürütür.

7. Verem Savaş Dairesi Başkanlığı: Veremle mücadeleyi etkin bir şekilde yürütür, veremin ülkede yayılmasının önüne geçilmesi için gerekli önlemleri alır.

8. Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı: Kanserle savaş hizmetlerini planlamak, uygulamak, bu hizmetlerin organizasyonunu sağlamak, kanserle ilgili kayıtları tutmak, araştırma ve incelemeler yapmak bu Dairenin görevleridir.

9. Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı: Bakanlığın yabancı ülke kurum ve kuruluşları ile olan ilişkilerini düzenleme ve konu ile ilgili hizmetleri yürütme görevlerini yapar. (Not: Bu Daire, doğrudan sağlık hizmeti yapmamaktadır.)

10. Avrupa Topluluğu Koordinasyon Dairesi Başkanlığı: Bakanlığın görev ve faaliyetleri ile ilgili konularda Avrupa Topluluğu ile koordinasyon sağlar. (Not: Bu Daire doğrudan sağlık hizmeti yapmamaktadır.)

B. DANIŞMA VE DENETİM BİRİMLERİ: Bakanlığın ana hizmet birimlerinin hizmetlerini destekler.

1. Teftiş Kurulu Başkanlığı: Doğrudan Bakana bağlı olan bir birimdir ve Bakanın emirleri ile, Bakan adına, Bakanlığa bağlı kuruluşların her türlü çalışmalarını denetleme, inceleme ve soruşturma işlerini yürütür. Bakanlığın amaçlarını daha iyi gerçekleştirmek için, mevzuata plan ve programa uygun çalışmasını temin etmek amacıyla gerekli teklifleri hazırlar ve Bakana sunar.

İki türlü denetim yapar. Birincisi, bir program dahilinde yapılan denetimlerdir. Buna göre, Bakanlık müfettişleri, görevlendirildikleri ildeki bütün sağlık kuruluşlarını ziyaret ederek kayıtlarını, mali hesaplarını ve çalışmalarını denetlerler. İkinci tür denetimler ise, şikayetler üzerine ya da Bakanın emirleri ile yapılır.

2. Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı (APK): Adından da anlaşılacağı gibi, APK'nın temel görevi, Bakanlığın hizmetlerini planlamak ve koordine etmektir. 181 sayılı Kanun Hükmündeki Kararnameye göre, Bakanlığın, hükümet programı, kalkınma planları, yıllık programları, Bakanlar Kurulu kararları çerçevesinde ana hizmet politikasının ve planlarının hazırlanmasında yardımcı olur ve yıllık çalışma programlarını hazırlar. Bakanlık hizmetleri ile ilgili gerekli istatistikleri toplamak, değerlendirmek, Bakanlık bütçesini plan ve

program esaslarına göre hazırlamak ve uygulanmasını takip etmek de APK'nın görevlerindedir.

3. Hukuk Müşavirliği: Başlıca iki görevi vardır:

- a. Bakanlık birimlerinin çalışmalarının hukuk kurallarına uygunluğu konularındaki sorunlarını inceleyip görüş bildirmek,
- b. Bakanlık aleyhine açılan davalarda savunma yapmak.

4. Bakanlık Müşavirleri (Danışmanları): Doğrudan Bakana bağlı olarak çalışan ve verdiği görevleri yürüten kişilerdir.

5. Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği: Bakanlık ile basın arasındaki ilişkileri düzenleyen birimdir. Bakanlık çalışmalarını tanıtıcı çalışmalarda bulunur, basında çıkan sağlıkla ilgili haber, yorum ve eleştirileri izleyerek Bakanlığın ilgili birimleri aracılığı ile gerekli önlemlerin alınmasını ya da cevaplandırılmasına çalışır.

C. YARDIMCI BİRİMLER: Bakanlığın ana hizmet birimleri ile danışma ve denetim birimlerinin işlerini kolaylaştırıcı lojistik ve destek birimleridir.

1. Personel Genel Müdürlüğü: Bakanlığın insangücü planlaması ve personel politikasıyla ilgili çalışmalar yapmak, personelin atama, özlük ve emeklilik işlerini diploma tescil ve kayıtlarını yapmak, personel eğitim planını hazırlamak gibi görevleri vardır.

2. İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı: Bakanlık için gerekli araç, gereç ve malzemenin sağlanması, ihtiyaç duyulan bina ve arazinin kiralanması ya da satın alınması, sosyal tesisler ve genel evrak işlerini yürütmek bu dairenin görevidir.

3. Savunma Sekreterliği: Bütün kamu kurumlarında olduğu gibi, Savunma Sekreterliğinin görevleri Sağlık Bakanlığının merkez ve taşra örgütü için sivil savunma stratejileri geliştirmek, personeli eğitmek ve gerekirse sivil savunma önlemlerini uygulamaktır.

4. Özel Kalem Müdürlüğü: Bakanın resmi ve özel yazışmalarını yapar, her türlü protokol ve tören işlerini yürütür, randevularını, ziyaretlerini ve davetlerini düzenler.

D. YÜKSEK SAĞLIK ŞURASI: Sürekli bir kuruldur. Seçilmiş ve doğal olmak üzere 11 üyeden oluşur. Seçilmiş üyeleri 6 tanedir ve Bakan tarafından başarılı hizmetleri nedeniyle tanınan kişiler arasından seçilirler. Doğal üyeleri ise,

Müsteşar, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü, Birinci Hukuk Müşaviri ve APK Başkanındır. Ancak, Bakan isterse Yüksek Sağlık Şurası toplantılarına uygun gördüğü kişileri de davet edebilir. Bu kurulun **yılda en az bir kez toplanması** gerekir. Başlıca iki görevi vardır:

- a. Bakana sağlık politikaları ve çıkartılması düşünülen tüzük ve yönetmelikler konusunda **danışmanlık** yapmak,
- b. 1219 sayılı Hekimlik ve Hekimlikle İlgili Sanatların Uygulanmasına İlişkin yasa gereğince, yargı organlarına intikal etmiş konularda (meslek hataları) mahkemelere danışmanlık yapmak. Bir başka deyişle, Yüksek Sağlık Şurası, kamu görevinde ya da özel olarak çalışmakta olan sağlık personellerinin mesleklerini uygularken yaptıkları iddia edilen **olayları** inceler ve eğer varsa, söz konusu personelin hata payını belirler. Mahkemeler buna dayanarak kararlar verirler.

E. SAĞLIK BAKANLIĞINA BAĞLI KURULUŞLAR: Bağlı kuruluş demek, hem bütçe hem de çalışmaları yönünden bazı esnekliklerin tanındığı kuruluşlar demektir. Bu kuruluşların kendi özel para kaynakları (gelirleri) vardır. Ayrıca, bu kuruluşlarda, tıpkı bakanlıklarda olduğu gibi danışma (hukuk müşavirliği, APK) ve yardımcı birimler (Personel müdürlüğü, İdari ve mali işler müdürlüğü, sivil savunma memurluğu) vardır. Sağlık Bakanlığına bağlı iki kuruluş vardır:

1. Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü: Osmanlı İmparatorluğu döneminde kurulmuş olan Karantina İdaresinin devamı niteliğindedir. Lozan Antlaşmasında da yer almıştır. Merkezi İstanbul'da olan bu genel müdürlüğün görevi, yurt dışından ülkeye girebilecek bulaşıcı hastalıklarla ilgili önlemler almaktır. Kara sınır kapılarında, deniz ve hava limanlarında çalışan elemanları aracılığı ile yurda giriş ve çıkış yapan kişilerin sağlık kontrollerini yürütür. Taşıt araçlarında sağlıkla ilgili önlemleri aldırır. Ayrıca, kara sularımız içinde seyreden gemilere sağlık hizmeti sunar ve bunun karşılığında ücret alır. Lozan Antlaşmasına göre, boğazlardan geçen bütün gemiler sağlık kontrolünden geçmek ve bunun karşılığında İsviçre altını ile belirlenen ücreti ödemek zorundadır. (Bu ödemelere bazı ülkelerin itirazı vardır). Bu Genel Müdürlük kuşku hastaları "Tahaffuzhane"lerde (Urla/İzmir ve Kavak/İstanbul) gözlem altına alabilir.

2. Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı: 1928 yılında kurulmuş olan Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi'nin devamı niteliğindedir. Söz konusu müessese, Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ile Hıfzıssıhha Okulundan oluşmaktaydı. 1983 yılında bu kuruluş yeniden örgütlenmiştir. Aslında, 1928 tarihli ve 1287 sayılı kuruluş yasası halen geçerlidir. Mevcut statü, Bakan onayı ile getirilmiştir.

Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı'nın başlıca görevleri; aşı, serum ve diğer biyolojik maddeleri üretmek, ilaçların, gıdaların ve sağlığı ilgilendiren her türlü maddenin analizlerini yapmak, ruhsata esas olmak üzere laboratuvar incelemelerini yapmak, halk sağlığı ile ilgili araştırmalar yürütmek ve Bakanlığı bilimsel danışmanlık yapmaktır. Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığında mikrobiyoloji ve halk sağlığı alanlarında uzmanlık eğitimi de yapılmaktadır.

Bu başkanlığın, İstanbul, İzmir, Adana, Samsun, Erzurum ve Diyarbakır illerinde şubeleri vardır. Bu şubeler Merkezin yapmakta sorumlu oldukları işleri kendi bölgelerinde yürütürler.

2.1.3. Sağlık Bakanlığının Taşra Örgütü: Daha önce de açıklandığı gibi, kurumların merkez birimleri dışındaki örgütlerine taşra örgütü denir.

A. SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ: Sağlık Bakanlığının merkez örgütü dışındaki taşra örgütlenmesi illerdeki örgütleridir. Bakanlığın illerdeki temsilcileri valilerdir. Valiler adına hizmetler "İl Sağlık Müdürleri" tarafından yürütülür. Sağlık müdürleri valilerin sağlık alanındaki müşavirleridir. Bakanlığın ildeki her türlü hizmetini yürütmek Sağlık Müdürünün sorumluluğundadır.

Sağlık müdürlüğünde nüfusa göre oranlanmış yeteri kadar müdür yardımcısı ve hizmetleri planlamak ve yürütmekle ödevli aşağıdaki şubeler bulunur:

1. Personel Şube Müdürlüğü: İlde çalışan bütün hekim ve hekim dışı sağlık personelinin özlük işleri ile ilgilendir. Her personel için birer kişisel dosya düzenler. Görevlilere ait bütün işlemleri bu dosyada saklar. İl emrine atanan hekim dışı sağlık personelinin il içindeki dağılımlarını düzenler. Yıllık izinlerin kullanılmasıyla ilgili işlemleri yürütür. İllerde, özel hekimlik uygulamalarının denetlendiği bir şube yoktur. Bu boşluk, personel şube müdürlüğü tarafından doldurulmaktadır.

2. İdari ve Mali İşler Şube Müdürlüğü: Maaş mutemetliği, avans mutemetliği, ikmal işleri, yazı işleri gibi görevleri yürütür.

3. İstatistik Şube Müdürlüğü: İl içindeki bütün kamu ve özel sağlık kuruluşlarından gelen verileri toplar ve değerlendirir. Bu bilgileri Sağlık Bakanlığına bildirir.

4. Eğitim Şube Müdürlüğü: Halkın sağlık eğitimini planlar ve uygular. Personelin hizmetiçi eğitimlerini düzenler ve koordine eder.

5. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Şube Müdürlüğü: Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri ile aile planlaması hizmetlerinin ildeki uygulamalarını düzenler ve denetler. Bu konuda personel ve halk eğitimi çalışmalarını yürütür.

6. Çevre Sağlığı Şube Müdürlüğü: İldeki bütün sağlık kuruluşlarıyla işbirliği yaparak çevre sağlığı ve gıda kontrolü hizmetlerinin planlanması ve uygulaması ile ilgili işleri yürütür.

7. Sağlık Ocakları Şube Müdürlüğü: İldeki sağlık ocaklarıyla ve sağlık evleriyle ilgili yer seçimi ve ihtiyaçlarının karşılanması işlerini yürütür.

8. Yataklı Tedavi Kurumları Şube Müdürlüğü: Kamu ve özel hastanelerle ilgili işlemleri yürütür. Özel hastanelerin açılış ve denetimleri ile ilgili kayıtları tutar.

9. Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğü: İldeki ruh sağlığı hizmetleriyle ilgili işleri planlar ve yürütür. Ruh sağlığı dispanserlerinin ihtiyaçlarını karşılar.

10. Bulaşıcı Hastalıklar ve Bağışıklama Şube Müdürlüğü: İlin bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve bağışıklama hizmetleri ile ilgili işlerini planlar ve yürütür. Soğuk zincirin kurulup ve korunması, aşı sağlanması, personelin eğitimi işlerini yapar.

11. İlaç ve Eczacılık Şube Müdürlüğü: İldeki eczane, ilaç deposu ve kozmetik üretim yerlerinin açılması ve denetimlerini yapar.

12. Ağız ve Diş Sağlığı Şube Müdürlüğü: İldeki tedavi edici ve koruyucu ağız ve diş sağlığı faaliyetlerinin koordinasyonunu yapar.

13. Sıtma Eradikasyonu Başkanlığı: Önceleri, Sağlık Müdürlüğünden bağımsız bir bölge başkanlığı olarak kurulmuş iken, şimdi sağlık müdürlüğü bünyesinde bir başkanlık olmuştur. İldeki sıtma eradikasyon hizmetlerinin (kontrol hizmetleri demek daha doğrudur) yürütülmesi ile görevlidir. Personelin sıtma yönünden eğitim ve denetimini yapar. Sağlık ocaklarından gönderilen kan preparatlarının muayene ve değerlendirilmesini yaptırır. Gerekğinde aktif sürveyans hizmetlerini yürütür.

14. Verem Savaş Başkanlığı: İldeki verem dispanserleri, verem hastanesi, sağlık ocakları, BCG ve tarama ekipleri ilgilileriyle işbirliği yaparak çalışma programları hazırlar. Verem teşhis, tedavi, aşı ve tarama uygulamasını denetler. Verem savaşı çalışmalarının sonuçlarını değerlendirir, gerekli önlemleri alır, personelin hizmet yerinde eğitimini sağlar.

15. Frengi ve Lepra Savaş Başkanlığı: İl içindeki frengi ve lepra savaşının yürütülmesi için gerekli plan ve programları ilgilileriyle birlikte düzenler. Zührevi ve diğer cilt hastalıkları ile ilgili hizmetleri yürütür.

16. Trahom Savaş Başkanlığı: İl içindeki trahom savaş çalışmalarını ilgilileriyle işbirliği yaparak yürütür. Gerekli durumlarda trahom taraması yapar ve yaptırır, çalışmalarını ve sonuçlarını değerlendirir. Her ilde kurulmamıştır. Trahom hastalığının sık görüldüğü Doğu ve Güney Doğu illerinde vardır.

B. İLÇELERDE SAĞLIK YÖNETİMİ: Diğer bir çok bakanlığın ilçe düzeyinde müdürlükleri bulunmasın karşın, Sağlık Bakanlığının böyle bir müdürlüğü yoktur. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinden önceki dönemlerde, ilçe hükümet tabipleri kaymakamlara bağlı olarak çalışırlar ve ilçe sağlık müdürü gibi görev görürlerdi. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun bu uygulamaya son vermiştir. 1983 yılı sonu itibarıyla, hükümet tabiplikleri tamamen kaldırılmıştır.

Söz konusu yasaya göre, 8-10 sağlık ocağı bölgesi için ya da yaklaşık 100.000 nüfusluk bölgelerde birer Sağlık Grup Başkanlığı kurulur. Bu başkanlıklar kendi bölgelerindeki sağlık ocakları ile İl Sağlık Müdürlükleri arasındaki bağlantıyı sağlarlar. Sağlık Grup Başkanlıkları nüfus esasına göre kuruldukları için, ilçe sınırlarını dikkate almazlardı. Bunun uygulamadaki anlamı, bu başkanlıkların hiç bir ilçeye, yani kaymakama bağlı olmaksızın doğrudan doğruya İl Sağlık Müdürlüğü ile bağlantılı olması idi. Ancak günümüzde, bu durum değişmiştir. Artık Sağlık Grup Başkanlıkları ilçe sınırları dikkate alınarak kurulmaktadır. 657 sayılı yasada yapılan değişikliklerle, kaymakamlar ilçedeki bütün memurların, bu arada sağlık personelinin de sicil ve disiplin amirleri olmuşlardır. Dolayısıyla, kaymakamlar kendi ilçelerindeki sağlık hizmetlerinden doğrudan sorumlu duruma gelmişlerdir. Özetle, yürürlükteki, uygulamalara göre, Sağlık Grup Başkanlığı, Sağlık Bakanlığının ilçedeki yönetim birimidir. Adı öyle olmamakla birlikte, ilçe sağlık müdürlüğü gibi görev görmektedir. Başkan, ilçe Hıfzıssıhha Kuruluna ve diğer kurullarına Sağlık Bakanlığı'nı temsilen katılmaktadır.

Bir çok yerde, Sağlık Grup Başkanları yalnızca bu görevi yürütürler. Fakat, bazı yerlerde ise, ilçe hastanesinin başhekimini aynı zamanda bu görevi de yapmaktadır. Böyle olunca, iki görevi bir arada yürütmekte güçlüklerle karşılaşmakta ve Sağlık Grup Başkanlığı işlerinde aksamalar olabilmektedir. Oysa, bu başkanlığın çok önemli ve zaman alıcı görevleri vardır. Bunlar arasında, bölgenin sağlık düzeyinin sürekli olarak izlenmesi ve değerlendirilmesi, hizmetlerin planlanması, denetimi, personel eğitimi, lojistik destek sağlanması, koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, halkın eğitimi gibi işler sayılabilir.

C. İLDEKİ BAŞLICA SAĞLIK KURULUŞLARI: İllerde Sağlık Bakanlığına

bağlı olarak hizmet gören kuruluşlar aşağıda belirtilmiştir. bunların bazıları her ilde bulunmaz.

Birinci basamak sağlık kuruluşları:

- * Sağlık evi
- * Köy tipi sağlık ocağı
- * İlçe tipi sağlık ocağı
- * İl tipi sağlık ocağı
- * Verem savaş dispanseri
- * AÇS-AP merkezi
- * Ruh sağlığı dispanseri
- * Deri ve tenasül hastalıkları dispanseri
- * Cüzzam savaş dispanseri
- * Hudut-sahil ve havalimanı denetleme merkezi

İkinci basamak sağlık kuruluşları:

- * Sağlık merkezi
- * Devlet hastanesi
- * Eğitim hastanesi

çnc basamak sağlık kuruluşları:

- * Doğum ve ocuk bakımevi
- * ocuk hastanesi
- * Göğüs hastalıkları hastanesi
- * Göğüs-kalp ve damar cerrahisi merkezi
- * Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi
- * Kemik hastalıkları hastanesi
- * Onkoloji hastanesi
- * Fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi
- * Deri ve tenasül hastalıkları hastanesi
- * Lepra hastanesi
- * Diş hastanesi

Laboratuvarlar:

- * Bölge hıfzısıssıhha enstitüsü
- * Halk Sağlığı laboratuvarı
- * Sıtma Enstitüsü
- * Sıtma laboratuvarı
- * Sıtma kontrol laboratuvarı

Örgün eğitim kuruluşları:

- * Sağlık meslek lisesi
 - * Sağlık eğitim enstitüsü
-

Yardımcı birimler:

- * Bölge ana depo ve tamirhane müdürlüğü
- * İl tamirhane müdürlüğü

2.2. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK): 1946 yılında kurulan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), önceleri sosyal güvenlik hizmetleri ile ilgilenirken, 1952 yılından sonra doğrudan sağlık hizmeti de sunmaya başlamıştır. Halen, Sağlık Bakanlığından sonra Türkiye'de en yaygın ve en kapsamlı sağlık hizmeti sunan kurum durumundadır.

506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununa göre, sigortalılara, sürekli iş göremezlik geliri, malullük ya da yaşlılık aylığı alanlar ile bunların eş, çocuk, ana-baba, dul ve yetimlerine sağlık yardımları yapılmaktadır. Ayrıca, ikili antlaşmalar gereği dış ülkelerde bulunan Türk işçilerinin Türkiye'deki eş ve çocukları ile kendilerinin Türkiye'de buldukları sırada hastalanmaları halinde tedavileri SSK tarafından sağlanmaktadır.

Ülke nüfusunun yaklaşık üçte birine sağlık hizmeti vermekte olan SSK, 506 sayılı yasanın öngördüğü tedavi yardımlarını, esas olarak sağlık kuruluşu işletmeciliği yoluyla sağlamaktadır. Ancak, kendilerine ait sağlık kuruluşu bulunmayan yerlerde ya da tedavinin kurumca yapılamadığı durumlarda, bu görevi anlaşma yaptığı hekim ya da kuruluşlardan hizmet satın alarak ya da kamu kuruluşlarına hastaları sevk ederek üretmektedir.

2.2.1. SSK'nın merkez örgütü: SSK Genel Müdürlüğü, Çalışma ve sosyal güvenlik Bakanlığı ile bağlantılı olmakla birlikte, diğer genel müdürlüklerden farklı bir yapıya sahiptir. SSK'nın diğerlerinden en önemli farkı, bir Yönetim Kuruluna sahip olması ve Genel Müdüründe bu Kurulun Başkanı olmasıdır.

Genel Müdürlük merkezine bağlı 16 daire başkanlığı vardır. Bunlardan birisi de "Sağlık Dairesi Başkanlığı"dır.

SSK Sağlık Daire Başkanlığının başlıca görevi Kuruma bağlı sağlık kuruluşlarının işletmesi ve hizmet satın alınması ile ilgili işlerin yürütülmesidir.

2.2.2. SSK'nın taşra örgütü: SSK'nın iki türlü taşra örgütü vardır. Birincisi sigorta kuruluşları, diğeri ise sağlık kuruluşları ile ilgilidir. SSK'nın taşradaki hizmetleri Ankara, İstanbul, İzmir ve Zonguldak'ta bulunan Sağlık İşleri müdürlükleri eliyle yürütülür. Ayrıca, doğrudan Genel Müdürlüğe bağlı olarak çalışan hastaneleri, dispanserleri ve sağlık istasyonları vardır. SSK'ya bağlı 6 Sağlık Meslek Lisesi, bir ilaç ve tıbbi malzeme sanayii müessesesi, bir huzurevi ve 6 kreş ve gündüz bakımevi bulunmaktadır.

SSK hastaneleri özel hastane statüsündedir ve başhekimlerinin üzerine ruhsatlıdır. Her başhekim değişikliğinde, bu ruhsatlarında değişmesi gerekir. Ancak, bu değişiklik yerine Sağlık Bakanlığına bilgi verilmesi ile yetinilmektedir.

2.3. Üniversiteler: Tıp fakültesi bulunan üniversiteler mezuniyet öncesi ve uzmanlık eğitimlerini sürdürebilmek amacıyla hastaneler işletirler. Asıl amaçları eğitim olmakla birlikte, bu hastanelerde hasta bakımı hizmetleri de sürdürülür.

Üniversite hastaneleri doğrudan Rektörlere bağlıdır. Devlet bütçesi yanı sıra döner sermaye gelirleri de vardır.

Üniversite hastanelerini ikinci basamak sağlık kuruluşları saymak gerekir. Ancak bazı branşları oldukça gelişmiş olan bazı üniversite hastaneleri üçüncü basamak (özel dal) sağlık kuruluşları olarak da sayılabilirler.

2.4. Askeri sağlık kuruluşları: Silahlı kuvvetlerin kendi ihtiyacına cevap veren özel bir sağlık örgütlenmesi mevcuttur. Ankara'da bulunan ve aynı zamanda bir tıp fakültesi olan Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) ve diğer askeri hastaneler kapasitelerinin yüzde 5'ini sivil hastaların bakımına ayırmışlardır.

2.5. Belediyeler: Belediyelerin temel görevlerinin başında koruyucu sağlık hizmetleri gelir. Bunlar arasında gıda kontrolü ve atıkların toplanıp yok edilmeleri gelir. Öte yandan, belediyeler isterlerse, tedavi edici sağlık kuruluşları da kurup çalıştırabilirler. Cumhuriyetin ilk yıllarından Devletin politikası, belediyeleri hastaneler kurup işletmeye teşvik etmek idi. Hatta, o tarihlerde Sağlık Bakanlığı belediyelere örnek oluşturmak amacıyla beş adet "Numune Hastanesi" açmıştı. Ancak 1946 yılından başlayarak bu politikadan vazgeçilmiş ve o tarihten sonra belediye hastaneleri Sağlık Bakanlığı bünyesine alınmıştır.

Günümüzde belediyelerin sağlık kuruluşları işletme eğiliminde olduklarını görmekteyiz. Nitekim, bazı belediyeler, hastanelerin yanı sıra "sağlık ocağı", "sağlık evi", "sağlık merkezi", "belediye dispanseri" gibi adlarla yataksız tedavi kuruluşları açmaktadırlar. Bu kuruluşlarla, Sağlık Bakanlığına ait sağlık ocakları arasında hizmet çakışmaları vardır. Belediyelere ait sağlık kuruluşlarının standartları henüz belirlenmemiştir. Ancak belediyelerin bu girişimlerini olumlu olarak karşılamak ve desteklemek gerekir.

2.6. Diğer kamu kuruluşları: Bir çok Bakanlık ve kamu kurumu kendi personelinin ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla, kendi sağlık kuruluşlarını kurmuşlardır. Bunlar arasında Milli Eğitim Bakanlığı, Devlet Demir Yolları Genel Müdürlüğü, PTT, Ziraat Bankası gibi kamu bankaları sayılabilir.

2.7. Özel Sektör: Özel olarak sağlık hizmeti verilmesinin kurallarını belirleyen başlıca yasalar 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun ve Hususi Hastaneler Kanunudur.

Özel laboratuvarların açılış ve işletilmelerinin esasları şu iki kanunla belirlenmiştir: a. 992 sayılı Seriri ve Gıdai Taharriyat ve Tahlilat Yapılan ve Masli Teamüller Aranılan Umuma Mahsus Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu, b. 3153 sayılı Radyoloji, Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun.

Eczanelerin açılmaları ve işletilmeleri ise 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanunda belirtilen esaslar dahilinde yürütülür.

Özel olarak çalışan sağlık mensuplarının ve hastanelerin denetimleri Sağlık Bakanlığı tarafından yapılır. Ayrıca meslek birlikteliklerinin de deontolojik yönden denetim yetkileri vardır.

Bölüm 3

KAMUDA ÇALIŞMANIN ESASLARI

1. Kamu Görevlisi Ve Memur Kavramları

Kamu görevlisi deyimini geniş anlamında kullanıldığında, kamu kesiminde görev yapan, hukuksal durumları birbirinden farklı olan bütün görevlileri içine alır. Cumhurbaşkanından işçiye kadar kamu kesiminde çalışan herkes bu tanımın içindedir.

Dar anlamda kamu görevlilerinin içine, devletin siyasal yapısını oluşturan görevlilerin dışında kalan kamu görevlileri girer. Bunlar, sivil, asker bütün kamu görevlileridir.

Memur tanımına gelince, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4. maddesine göre; mevcut kuruluş biçimine bakılmaksızın Devlet ve diğer kamu tüzel kişiliklerince genel idare esaslarına göre yürütülen asli ve sürekli kamu hizmetlerini ifa ile görevlendirilenler bu kanunun uygulanmasında memur sayılırlar. Ancak, 657 sayılı kanun değil de, özel kanunlara bağlı olarak çalışan devlet memurları da bulunmaktadır. Sözelimi, üniversite akademik personeli, yargıçlar, askerler gibi kamu görevlileri böyledir.

Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi, devlet memuru olmanın özellikleri şunlardır:

- * Memurlar, devlet ve diğer kamu tüzel kişiliklerinde görev yaparlar,
- * Memurlar, genel idare esaslarına göre kamu hizmetlerini yürütürler,
- * Memurların gördükleri görevler, asli ve sürekli görevlerdir.

Memur deyimini, işçi statüsünde çalışmayan kamu görevlilerine verilen sıfat olarak da kullanılmaktadır. Bu ayrımla ilgili tartışmalar olmakla birlikte, aralarındaki farklar, yasalarla işçilere tanınan bazı haklardan kaynaklanmaktadır.

Ceza Kanunu'na göre memur, "devamlı ya da geçici olarak, ücretli ya da ücretsiz, ihtiyari ya da mecburi olarak yasama, yürütme ya da yargıda kamu görevi gören kişidir". Burada memur deyimini kullanılmış olmasına karşın, anlatılmak istenen kamu görevlileridir.

Türk kamu hukukunda memurluk bir meslek olarak kabul edilmiştir. Bireyler, bilgi ve becerilerine göre memurluk mesleğine kabul edilirler ve sürekli olarak bu işi yaparlar. Böyle olunca, memurlar işe siyasi iktidarların bir ilişkisinin olmaması gerekir. Memur tarafsız olmak zorundadır.

Memurluğun bir meslek olarak benimsenmesi, memurların yönetim karşısındaki durumlarının hukuk kuralları ile düzenlenmesini gerekli kılmıştır. Dolayısıyla, memurların atanmaları, nitelikleri, ödev ve yetkileri, hakları ve yükümlülükleri, aylık ve ödenekleri ile diğer özlük hakları hukuk kuralları ile belirlenmiştir.

2. Devlet Memurlarının Ödevleri ve Sorumlulukları

Devlet memurları Kanunu'nda memurların ödev ve sorumlulukları tanımlanmıştır.

2.1. Sadakat: Devlet memurları, T.C. Anayasası'na ve kanunlarına sadakatle bağlı kalmak ve milletin hizmetinde T.C. kanunlarını sadakatle uygulamak zorundadırlar. Devlet memurları bu hususu "Asli Devlet Memurluğuna" atandıktan sonra en geç bir ay içinde kurumlarınca düzenlenecek merasimle yetkili amirlerin huzurunda yapacakları yeminle belirlerler ve özlük dosyalarına konulacak "Yemin Belgesini" imzalayarak göreve başlarlar. Ancak, uygulamada sözü edilen yemin işlemine uyulmamakla birlikte, memur olan kişilerin bu hükümden haberdar olmamaları onları kanunla belirtilen sorumluluklardan kurtaramaz.

2.2. Tarafsızlık ve Devlete Bağlılık: Devlet memurları siyasi partilere üye olamazlar, herhangi bir siyasi parti, kişi ya da zümrenin yararını ya da zararını hedef tutan bir davranışta bulunamazlar, görevlerini yerine getirirken dil, ırk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din ve mezhep gibi ayrımlar yapamazlar, hiç bir şekilde siyasi ve ideolojik amaçlı beyanda ve eylemde bulunamazlar ve bu eylemlere katılamazlar. Her durumda devletin çıkarlarını korumak zorundadırlar.

2.3. Davranış ve İşbirliği: Devlet memurları, resmi sıfatlarının gerektirdiği itibar ve güvene layık olduklarını hizmet içindeki ve dışındaki davranışlarıyla göstermek zorundadırlar. Devlet memurlarının işbirliği içinde çalışmaları esastır.

2.4. Emirlere Uyma: Devlet memurları kanun, tüzük ve yönetmeliklerde belirtilen esaslara uymakla ve amirler tarafından verilen görevleri yerine getirmekle yükümlü ve görevlerinin iyi ve doğru yürütülmesinden amirlerine karşı sorumludurlar. Devlet memuru, amirinden aldığı emri, mevzuata aykırı görürse yerine getirmez ve bu aykırılığı emri verene bildirir. Amir emrinde ısrar eder ve bu emrini yazı ile tekrarlırsa, memur bu emrin gereklerini yapmaya mecburdur.

Ancak bu emrin yerine getirilmesinden doğacak sorumluluk emri verene aittir. Konusu suç teşkil eden emir hiç bir şekilde yerine getirilmez, yerine getiren kimse sorumluluktan kurtulamaz.

2.5. Kişisel Sorumluluk ve Zarar: Devlet memurları, görevlerini dikkat ve özenle yerine getirmek ve kendilerine teslim edilen devlet malını korumak ve her an hizmete hazır halde bulundurmak için gerekli önlemleri almak zorundadır. Devlet memurunun kasıt, kusur, ihmal ya da tedbirsizliği sonucu yönetim zarara uğratılmışsa, bu zarar memur tarafından ödenir. Devlet memurları, görevleri ile ilgili resmi belge, araç ve gereçleri yetki verilen bölgeler dışına çıkaramazlar, özel işlerinde kullanamazlar. Görevleri gereği kendilerine teslim edilen resmi belge, araç ve gereçleri görevleri sona erdiği zaman iade etmek zorundadırlar.

2.6. Mal Bildirimi: 657 sayılı Devlet Memurları kanununun 14'ncü maddesi uyarınca, devlet memurları, kendileri ile eşleri ve velayeti altındaki çocuklarına ait taşınır ve taşınmaz malları, alacak ve borçları hakkında mal bildiriminde bulunmak zorundadırlar.

3. Memurların hakları

Yasalarla memurlara verilen haklar, onların görevlerini gerektiği gibi yerine getirmelerini sağlama amacını güder. Devlet memurlarına sağlanan başlıca haklar şunlardır:

3.1. Statü Kurallarının Uygulanmasını İsteme Hakkı: Bu hakkı istemek demek, yasal kurallar ne ise, kendisine onun uygulanmasını istemek demektir. Böylece amirlerin yan tutma olasılığı önlenmiş olur. Bu hakkını kullanmak isteyen memur bir dilekçe ile amirine başvurur.

3.2. Güvenlik Hakkı: Kanunlarda yazılı haller dışında devlet memurluğunun memurluğuna son verilmez, aylık ve hakları elinden alınamaz.

3.3. Hizmet Hakkı: Memurlar için devlet hizmetinde çalışmak hem ödev hem de haktır. Memurların çalışma hakkı, kendi sınıfları içinde, kazanılmış hak derecesiyle herhangi bir görevde çalışabilmesidir. Görevinden alınarak bu göreve eşdeğer olmayan bir başka göreve atanan memurların yargı yolu ile eski görevlerine atanmalarının temel nedeni bu haktır.

3.4. Emeklilik Hakkı: Devlet memurlarının 5434 sayılı Kanunla belirlenmiş şartlar içinde emeklilik hakları vardır.

3.5. Çekilme (İstifa) Hakkı: Devlet memurları istedikleri zaman görevlerinden çekilebilirler. Bunun için memurun bir üst makama bir dilekçe ile başvurması gerekir. Ancak, unutmamak gerekir ki, devlet memurluğunun bazı sorumlulukları da vardır. Devlet, memura güvenerek, kamu hizmetlerinin yapılması için onu görevlendirmiştir ve kamu görevleri aksatılmamalıdır. O nedenle, istifa eden memur derhal görevini bırakıp ayrılamaz. Devletin o görevi sürdüreceği bir başka memuru bulmasına izin verecek bir süre beklemesi gerekecektir. Yasalara göre, çekilme dilekçesi veren memurun bu isteğinin kurumu tarafından kabulü esastır. Herşeye karşın, istifa dilekçesine bir ay içinde bir cevap alamazsa, amirine haber vererek görevinden ayrılabilir. Öte yandan, istifa dilekçesi veren memur bir ay içinde bu isteğinden vazgeçebilir. Vazgeçtiğine dair dilekçe veren memur istifa dilekçesi vermemiş sayılır.

3.6. Dava ve Şikayet Hakkı: Devlet memurları üstleri ya da kurumları tarafından kendilerine uygulanan yönetsel eylem ve işlemlerden dolayı şikayet etme ve bunlara karşı dava açma hakkına sahiptir. Aynı şekilde, kendilerine karşı yapılan uygulamaları yazılı ya da sözlü olarak üstlerine, eğer şikayet konusu uygulamayı yapan bir üst ise, onun üstü olan makama şikayet etme hakları da vardır. Birden fazla devlet memurunun toplu olarak sözlü ya da yazılı olarak şikayette bulunması yasaktır. Aynı olay birden fazla memurun şikayetine neden olursa, bunların her biri ayrı ayrı ve tek başına şikayet haklarını kullanabilirler. Şikayetlerin karar merciine intikal ettiği tarihi izleyen 30 gün içinde sonuçlandırılarak karara bağlanması zorunludur. Şikayet haklarını kullananların ya da bu hakkını kullanırken suç işleyenlerin sorumluluğu saklıdır.

3.7. İtiraz Hakkı: Şikayette bulunan ve şikayet edilen memurlar, konuyla ilgili yetkili amirlerce verilen kararlara karşı bir defaya mahsus olmak üzere kararın kendilerine tebliğini izleyen 10 gün içinde bir üst merci'e itiraz edebilirler.

3.8. Suçlamalara Karşı Korunma Hakkı: Devlet memurları görevlerinden kaynaklanan suçlamalar karşısında, yazılı ve sözlü basında ya da kamuoyunda kendisini savunmasını, yazılı olarak amirlerinden isteyebilir. İstek yerine getirilmezse, daha üst makama aynı istekle başvurabilirler. Ancak, her şeye karşın izinsiz olarak basına açıklama yapamazlar. Devlet memurları hakkındaki ihbar ve şikayetler asılsız çıktığı takdirde, merkezde bu memurun en üst amiri, illerde valiler, suçlamada bulunanlar hakkında kamu davası açılmasını Cumhuriyet Savcılığı'ndan isterler.

3.9. Maaş Hakkı: Devlet memurları, kendilerine verilmesi gereken aylıklarının her ay alma hakkına sahiptirler. Aylıkların, ödenek bulunsun ya da bulunmasın, Maliyenin her türlü imkanı zorlanarak verilmesi kuraldır.

3.10. Yolluk Hakkı: Devlet memurları bir başka göreve sürekli ya da geçici olarak atandıklarında yolluk alma hakkına sahiptirler. Yolluk ödenmeden, memurlar atandıkları görevlere gitmeye zorlanamazlar. Geçici görev yollukları görev tamamlandıktan sonra ödenir. Ancak, başlangıçta bir miktar avans istenebilir. Aslı gezici olan işlerde çalışanlar geçici görev yolluğu alamazlar.

3.11. İzin Hakkı: Devlet memurlarının değişik zamanlarda ve durumlarda beş tür izin hakları vardır.

a. Yıllık izin hakkı: Adaylık süresini tamamlayarak asıl devlet memuru olan memurlardan hizmet süreleri on yıla kadar olanların her yıl 20 gün, daha uzun süre memuriyet yapmış olanların ise 30 gün ücretli izin yapma hakları vardır. İşçilerden farklı olarak memurlar için resmi tatiller ve hafta sonları izin süresine dahildir. İşçilerin izin süreleri ise iş günü üzerinden hesaplanır.

Yıllık izinler, yıl içinde herhangi bir zamanda kullanılabilir. Ancak izin kullanmada kural, kuruluştaki işlerin aksatılmamasıdır. O nedenle, memurlar istedikleri zaman izin yapma özgürlüğüne sahip olmakla birlikte, amirlerinden onay almadan izin yapamazlar. Bu onayın biçimi iki türdür. Bir uygulamaya göre, kuruluştaki (ya da ildeki) bütün memurlar yılın ilk aylarında, o yıl içinde hangi ayda izin yapmak istediklerini belirtirler. Bu liste incelenir ve uygun bulunursa onaylanır. Bundan sonra sırası gelen memur, daha önce belirttiği zamanda iznini kullanır. İkinci tür uygulama ise, her memur izine çıkacağı tarihten en geç iki hafta önce bir dilekçe ile izin kullanmak istediğini belirtir. Uygun görülürse, istediği tarihte iznine başlar.

Uygulamada, bir yılın izni bir zorunluluk yoksa, en fazla ikiye bölünerek kullanılabilir. O yıl içinde kullanılmayan ve artan izin süreleri, bir sonra yılın izni ile birlikte toptan ya da kısım kısım kullanılabilir. Bu birleştirme için dilekçe verilmesi ya da onay alınması gerekmez. Ancak, bir sonraki yıl ile birleştirildiği takdirde, önce içinde bulunulan yılın izin süresi tamamlanır, daha sonra geçmiş yıldan devredilen süre kullanılabilir. Bir başka deyişle, bir yıl içinde kullanılmayan için süresi, yıllar boyu devredilmez, bir sonraki yıl içinde kullanılmak zorunluluğu vardır.

b. Hastalık izni: Hastalanmaları durumunda devlet memurları hekimce verilen istirahat raporunda belirtilen süre kadar ve özlük hakları saklı kalmak kaydı ile izinli sayılırlar. Ancak, hastalık izni süresi memuriyet süreleri 5 yıla kadar olanlar için üç ayı, 5-10 yıl arasında olanlar için altı ayı, 10 yıldan daha uzun memuriyet süresi olanlar için ise on iki ayı geçemez. Kanser, akıl hastalığı gibi kronik bir hastalığı olanlar için hastalık izni süresi 18 aya kadar uzatılabilir. Bu sürenin sonunda da iyileşmedikleri anlaşılan memurlar emekli edilirler. Emekliye ayırdıktan sonra iyileştiklerini kanıtlayanlar memuriyete öncelikle alınırlar.

Hastalık izinlerinde önemli bir nokta amirin hekim raporlarını onaylama zorunluluğudur. Amir isterse, memurun hakem hastane tarafından muayene edilmesini isteyebilir. Hastalık raporlarının "hastalık izni" olarak kabul edilebilmesi için kaymakamın ya da valinin onayı gerekir.

c. Sağlık izni: Sağlık kuruluşlarında çalışanlardan radyoaktif ışınlarla maruz kalanlar, herhangi bir hastalıkları olmasa bile, diğer izinlerine ek olarak yılda bir ay daha izin yaparlar. (Bkz. 3153 sayılı Radyoloji, Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun)

d. Özürlü izni: Bazı özel durumlarda, devlet memurları, diğer izin hakları saklı kalmak kaydı ile izinli sayılırlar.

- * Kadın memura doğum yapmasından önce 3 hafta, doğum yaptıktan sonra 6 hafta izin verilir. Doğumdan sonraki 6 ay içinde doğum yapan memura her gün 1.5 saat emzirme izni verilir. Memur isterse, doğumdan sonraki izin süresini 12 aya kadar uzatabilir. Fakat, uzattığı süre içinde ücret alamaz.
- * Erkek memura, karısının doğum yapması üzerine isteğine bağlı olarak 3 güne kadar izin verilir.
- * Evlenen memurlara 5 gün izin verilir.
- * Memurun çocuğunun evlenmesi durumunda 5 gün izin verilebilir.
- * Anasının, babasının, eşinin, çocuğunun ya da kardeşinin ölmesi durumunda 5 gün izin yapabilir.
- * Yukarıda belirtilen durumlarda dışında kalan bir nedenle memura, merkezde atamaya yetkili amirler, illerde valiler, ilçelerde kaymakamlar tarafından bir yıl içinde toptan ya da parça parça 10 gün süreli izin verilebilir. Zorunluluk durumunda, aynı yöntemle 10 gün daha izin verilebilir. Bu izinler yıllık iznini kullanmamış olanların izinlerinden düşülür.
- * Görevlerinden dolayı, saldırıya uğrayan memurlar ile görevleri sırasında ve görevlerinden dolayı bir kazaya uğrayan ya da bir meslek hastalığına tutulan memurlar, hizmet süreleri ne olursa olsun iyileşinceye kadar izinli sayılırlar.

e. Aylıksız izin: Devlet memurluğunda on hizmet yılını tamamlamış olanlar istekleri halinde memuriyet süreleri boyunca ve bir defada kullanılmak üzere altı aya kadar aylıksız izin alabilirler. Bu izni almak için ayrıca bir özür belirtmek gerekmez. Bu süre içinde memurluk yükümlülükleri sürer, fakat özlük hakları dondurulur. Olağanüstü hal bölgesinde çalışanlar ya da zorunlu hizmet süresini tamamlamamış olanlar, bu haktan yararlanamazlar. Eğitim amacı ile yurt dışına gönderilen memurlarla yurt içinde ya da dışında sürekli bir göreve atanan memurların eşlerine en çok dört yıla kadar ücretsiz izin verilebilir.

3.12. Toplumsal (Sosyal) Haklar: 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa göre memurların hastalık ve analık sigortası, konut yardımı, yoksunluk yeri ödeneği, aile yardımı, doğum yardımı ödeneği, ölüm yardımı ödeneği, tedavi yardımı, yiyecek-giyecek-yakacak yardımı alma hakları vardır.

4. Memurların Yapmaması Gerekenler (Yasaklar)

Yasalar devlet memurlarına bazı yasaklar koymuştur. bunlar şunlardır:

4.1. Toplu Eylem Yasağı: Devlet memurlarının topluca, sözlü ya da yazılı olarak dilekçe vermeleri, şikayette bulunmaları, birlikte istifa etmeleri, topluca görevlerine gelmemeleri ya da görevlerine gelip de devlet hizmetlerinin ve işlerinin yavaşlatılması ya da aksatılması sonucunda doğacak eylem ve harekette bulunmaları yasaktır.

4.2. Grev Yasağı: Devlet memurlarının greve karar vermeleri, grev düzenlemeleri, ilan etmeleri ve bu yolda propaganda yapmaları yasaktır. Herhangi bir greve ya da grev girişimine katılamazlar, grevi destekleyemezler ya da teşvik edemezler.

4.3. Ticaret Yasağı: Memurlar Türk Ticaret Kanunu'na göre tacir ya da esnaf sayılmalarını gerektirebilecek bir faaliyette bulunamazlar. Ticaret ve Sanayii müesseselerinde görev alamaz, ticari mümessil, ticari vekil, kollektif şirketlerde ortak yada komandit şirketlerde komandite ortak olamazlar. Anonim şirketlere ortak olabilirler. Hisse senedi alabilirler, fakat bu şirketlerin yönetimlerinde yer alamazlar. Ancak memurlar kurumlara ya da üyesi oldukları vakıflara ait olan şirketlerde, kurumlarını ya da vakıflarını temsil edebilirler.

Memurların üyesi oldukları yapı, kalkınma ve tüketici kooperatifleri ile kanunla kurulmuş yardım sandıklarının yönetim ve denetim kurulu üyelikleri ile özel kanunlarda belirtilen görevler bu yasaklamanın dışındadır.

Eşleri, reşit olmayan ve mahcur (anne-babası olmayan, velayetleri başkasına devredilmiş) olan çocukları yasaklanan faaliyetlerde bulunan memurlar bu durumu 15 gün içinde bağlı oldukları kuruma bildirmekle yükümlüdürler.

Hekimler isterlerse muayenehane ve 5 km.lik yarıçap içindeki alanda bir eczane olmadığı yerlerde "eczacı dolabı" açabilirler.

4.4. Hediye Alma, Menfaat Sağlama Yasağı: Devlet memurlarının doğrudan doğruya ya da aracı eliyle hediye istemeleri ve görevleri sırasında olmasa dahi menfaat sağlama amacıyla hediye kabul etmeleri ya da iş

sahiplerinden borç para istemeleri ve almaları yasaktır. Bu konu, özellikle sağlık personeli için önemli bir konudur. Çünkü, ülkemizde halkımızın hekimler başta olmak üzere sağlık personeline şükranlarını hediyelerle ifade etmeleri bir gelenektir. Bu hediyelerin maddi değerleri ihmal edilebilecek düzeyde olmaları durumunda (bahçeden toplanmış meyveler gibi) bunları geri çevirmek incitici olabilir. Ancak, maddi değeri yüksek hediyeleri almamak ve bu geleneği değiştirmeye çalışmak sağlık personeline yakışır bir davranış olacaktır.

4.5. Denetimindeki Girişimden Menfaat Sağlama Yasağı: Devlet memurlarının denetimi altında bulunan ya da mensup olduğu kurum ile ilgisi olan bir girişimden, işletmeden, projeden, doğrudan doğruya ya da aracı eliyle her ne ad altında olursa olsun bir menfaat sağlanması yasaktır.

4.6. Basına Bilgi veya Demeç Verme: Devlet memurları, kamu görevleri hakkında yazılı ya da sözlü basına bilgi ya da demeç veremezler. Bu konuda gerekli bilgi, ancak merkezde Bakan, illerde valiler tarafından ya da onların yetkilendireceği kişiler tarafından verilebilir. Ancak, halkı uyarmak ya da halk eğitimi yapmak bu hususun dışındadır. Sözgelimi, bulaşıcı bir hastalıktan korunma konusunda gazetelere açıklayıcı ve eğitici yazılar yazmak bu yasaklama içinde değildir.

4.7. Gizli Bilgileri Açıklama Yasağı: Devlet memurlarının kamu hizmetleri ile ilgili gizli bilgileri görevlerinden ayrılmış bile olsalar, yetkili bakanın yazılı izni olmadıkça açıklamaları yasaktır.

5. Memuriyete Giriş

18 yaşını tamamlayanlar devlet memuru olabilirler. Bunun istisnası şudur; Bir meslek okulunu bitirenler en az 15 yaşını doldurmak ve Türk Medeni Kanununa göre kazai rüşd kararı almak şartıyla devlet memurluklarına atanabilirler.

5.1. Adaylık: göreve ilk kez giren personelin işe uyumunu sağlamak ve işi sürdürmesinde yarar olup olmadığına karar vermek için öngörülen bir izleme ve deneme süresidir. Aday olarak atanmış devlet memurunun adaylık süresi bir yıldan az, iki yıldan çok olamaz ve bu süre içinde aday memurun başka kurumlara nakli yapılamaz. Aday olarak atanan memurların önce memurlukla ilgili bir temel eğitim, daha sonra, görevleri ile ilgili bir eğitim görmeleri ve devlet memuru olarak atanabilmeleri için bu eğitimlerde başarılı olmaları şarttır. Bu eğitimler aynı kurumda yapılır.

Adaylık süresi içindeki eğitimlerde başarısız olanlarla , adaylık süresi içinde hal ve hareketlerinde memuriyetle bağdaşmayacak durumları, göreve devamsızlıkları

tespit edilenlerin son sicil amirinin teklifi ve atamaya yetkili amirin onayı ile memurlukla ilişkileri kesilir.

Aday memurların en geç iki yıl içinde asıl memur olabilmeleri için olumlu sicil alamayanların, sicil amirlerinin teklifi ve atamaya yetkili amirin onayı ile ilişkileri kesilir.

Adaylık dönemi içinde ya da sonunda sağlık nedenleri hariç görevlerine son verilenler 3 yıl süre ile devlet memurluğuna alınmazlar.

5.2. Asıl Memurluğa Atanma: Adaylık süresi içindeki eğitimde başarılı olan ve olumlu sicil alan adaylar sicil amirinin teklifi ve atamaya yetkili amirin onayı ile onay tarihinden geçerli olmak üzere asıl memurluğa atanırlar. Mevzuata göre, asıl memurluğa atanan personelin kurum veya kuruluşunda düzenlenecek yemin merasimi ile yetkili amirlerinin önünde yemin etmesi ve yemin belgesi imzalatılarak özlük dosyasına konulması gerekir.

5.3. Atamalarda Görev Yerine Hareket ve Göreve Başlama Süresi: İlk defa ya da yeniden, ya da yer değiştirme suretiyle atananlar; eğer görev yerleri yaşadıkları yer (belediye hudutları içi) ise, atamanın kendilerine bildirildiği (tebliğ edildiği) zamandan sonraki 24 saat içinde görevlerine başlamak zorundadırlar. Eğer atandıkları yer yaşadıkları yer değilse, atama emirlerinin kendilerine tebliğ gününden sonraki 15 gün içinde görevlerine başlamak zorundadırlar. Savaş ve olağanüstü hallerde bu süre Bakanlar Kurulu kararı ile kısaltılabilir.

Yukarıdaki süreler, kanuni izinlerin kullanılması ya da geçici bir görevin yapılması sırasında başka bir göreve atanan memurlar için iznin ya da geçici görevin bittiği tarihte, hesaplarını yerine gelenlere devir zorunda bulunan sayman ve sayman mutemetleri için devir işlemlerinin sona erdiği tarihte, eski görevlerine devamları kurumlarınca yazılı olarak tebliğ edilenler için yerlerine atanan memurların gelmesi ya da yeni görev yerlerine hareketlerinin kurumlarınca tebliğ tarihinde başlar.

Yer değiştirme suretiyle yapılan atamalarda memurlara atama emirleri tebliğ edilince, yollukları ödeme emri olmaksızın, saymanlıklarca derhal ödenir. Memurun izinli ya da raporlu olması tebligata engel olmakla beraber yukarıda belirtilen geçici görevlilik ya da hesaplarını devir etmek durumunda olan memurlar için bu süreler izin ya da rapor müddetinin bitiminde başlar.

Bir göreve ilk defa ya da yeniden atananlar belge ile kanıtlayabildikleri bir mazeretleri olmaksızın süresi içinde işe başlamazlarsa atamaları iptal edilir ve bunlar 1 yıl süreyle devlet memuru olarak istihdam edilemezler. Geçerli bir

mazeret nedeniyle görevlerine başlamayanların bu mazeretleri iki ayı aşığı takdirde atama işlemleri atamaya yetkili makamlarca iptal edilir.

Başka bir yerdeki bir göreve atanandan süresi içinde hareket ederek, belli yol süresi sonunda yeni görevlerine başlamayanlara, eski görevlerinden ayrılış ve yeni görevlerine başlayış tarihleri arasında aylık verilmemek şartıyla 10 günlük bir süre daha verilebilir. Belge ile kanıtlanabilir bir mazeretleri olmaksızın bu süre sonunda da yeni görevlerinde işe başlamayanlar memuriyetten çekilmiş sayılırlar.

6. İlerleme ve Yükselmeler

Memurlar, belli koşulları yerine getirdikleri takdirde ücretlerinde artış olabilir ve daha üst makamlara atanabilirler.

6.1. Kademe İlerlemesi: Devlet memurlarının kademe ilerlemesi için aşağıdaki koşulların bulunması gereklidir.

- * Bulunduğu kademe en az 1 yıl çalışmış olması
- * O yıl içinde olumlu sicil almış olması,
- * Bulunduğu derecede ilerleyebileceği bir kademenin bulunması.

Ayrıca 243 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin 9. maddesi gereği, 6 yıllık sicil notu ortalaması 90 ve daha yukarı olanlara bir kademe ilerlemesi uygulanır.

6.2. Derece Yükselmesi: Devlet memurlarının derecelerinin yükseltilebilmesi için aşağıdaki koşulların bulunması gereklidir.

- * Üst dereceden boş bir kadronun bulunması,
Derecesi içinde en az 3 yıl ve bu derecenin 3. kademesinde 1 yıl süreyle çalışmış olması,
- * Kadronun tahsis edildiği görev için öngörülen nitelikleri elde etmiş olması,
- * Sicil bakımından üst derecelere yükselebilecek nitelikte bulunduğu tespit edilmiş olması.

7. Silah Altına Alınan Memurlar

Hazarda ve seferde muvazaflık hizmeti dışında silah altına alınan devlet memurları, silah altında buldukları sürece izinli sayılırlar.

Silah altına alınan memurların terhislerinden sonra görevlerine dönmeleri Devlet Memurları Kanunu'nun 62. ve 63. maddelerinde yer alan yer değiştirme suretiyle atamaya ilişkin hükümlere tabidir.

Devlet memuru iken silah altına alınanlardan, askerlik görevini tamamlayıp memuriyete dönmek isteyenleri, terhis tarihinden itibaren 30 gün içinde ilgililer görevlerine başlatmak zorundadırlar.

Bu gibilerin askerlikte geçen süreleri, muvazzaf askerliğe ayrıldıkları sırada kazandıkları derece-kademe ilerlemesi yapılmak suretiyle değerlendirilir. Ayrıca muvazzaf askerliğe ayrılmadan önce işgal ettikleri kadroda kazandıkları kademe ilerlemeleri de göz önünde bulundurulur.

8. Memurluktan Çekilenlerin Yeniden Atanmaları

İki defadan fazla olmamak üzere memurluktan kendi istekleriyle çekilenlerden ya da Devlet Memurları Kanunu'nun ilgili hükümlerine göre çekilmiş sayılanlardan tekrar memurluğa dönmek isteyenler, ayrıldıkları sınıfta boş kadro bulunmak ve bu sınıfın niteliklerini taşımak şartıyla ayrıldıkları tarihte almak oldukları aylık derecesine eşit bir derecenin aynı kademesine ya da Devlet Memurları Kanunu'nun 71. madde hükümlerine uyulmak suretiyle diğer bir sınıfa eşit derecedeki kadrolara atanabilirler.

9. Memurluğun Sona Ermesi

Bir memurun normal emeklilik zamanı gelmeden işinden ayrılması ya da görevinin sona erdirilmesi kurallara bağlanmıştır.

9.1. Çekilme: Devlet memuru bağlı olduğu kuruma yazılı olarak müracaat etmek suretiyle memurluktan çekilme isteğinde bulunabilir. Bu konuda yukarıda bilgi verilmiştir.

İstifa eden memurlar 6 ay süre ile yeniden devlet memurluğuna atanamazlar.

İzinsiz ya da kurumlarınca kabul edilebilir bir mazereti olmaksızın görevin terk edilmesi ve bu terkin kesintisiz 10 gün devam etmesi halinde, yazılı müracaat şartı aranmaksızın, memur çekilme isteğinde bulunmuş sayılır. Bu gibiler 1 yıl geçmeden devlet memurluğuna alınamazlar.

Çekilen devlet memurları devir ve teslim ile yükümlü ise bu işlemlerin sonuna kadar görevlerini bırakamazlar.

9.1.1. Olağanüstü Yönetim Hallerinde Çekilme Usulü: Olağanüstü hal , savaş ya da seferberlik durumlarında ya da genel hayata etki eden afetlere uğrayan

yerlerdeki devlet memurları, yerlerine atanacaklar gelip işe başlamadıkça görevlerini bırakamazlar.

9.1.2. Çekilen ve Çekilmiş Sayılanların Atamaları: Memurlardan mali ve cezai sorumlulukları saklı kalmak üzere yazılı müracaat ederek çekilen memurlar 6 ay geçmeden, izinsiz ya da kurumlarınca kabul edilen bir mazereti olmaksızın çekilmiş sayılanlar 1 yıl geçmeden, devir teslim işlerini gereği gibi yapmadan çekilenler 3 yıl geçmeden, olağanüstü yönetim hallerinde, kanuna aykırı şekilde çekilenler hiç bir surette devlet memurluğuna geri alınamazlar.

9.2. Memurluktan çıkartılma: Memurluğa alınma koşullarından herhangi birini taşımadığı sonradan anlaşılan ya da memurlukları sırasında bu koşullardan birini kaybetmesi durumunda kişinin memuriyetine son verilir.

10. Çalışma saatleri

Memurların haftalık çalışma süresi genel olarak 40 saattir. Bu süre Cumartesi ve Pazar günleri tatil olmak üzere düzenlenir. Ancak özel kanunlarla ya da 657 sayılı kanuna ve özel kanunlara dayanılarak çıkarılacak tüzük ve yönetmeliklerde, kurumların ve hizmetlerin özellikleri dikkate alınmak suretiyle farklı çalışma süreleri tespit olunabilir.

Günün 24 saatinde devamlılık gösteren hizmetlerde çalışma saatleri ve şekilleri Başbakanlık Devlet Personel Dairesi Başkanlığı'nın muvaffakatı alındıktan sonra kurumlarınca düzenlenir. Yani, bu durumlarda, ya da memurların daha uzun süreler çalışmaları (ek ücretle) ya da shiftler biçiminde nöbetleşe çalışmaları düzenlenebilir.

Sağlık kuruluşlarındaki çalışma saatleri yönetmeliklerle düzenlenmiştir. Örneğin, hemşire, ebe, sağlık memuru gibi hastane personeli sekizer saatlik shiftlerle çalışırlar. Bunların düzenlemeleri hastane başhekimliklerince yapılır. Hekimler için nöbetle çalışma usulü getirilmiştir. Dört uzmandan daha fazla hekimin hastanelerde nöbet tutulması zorunludur. Sağlık ocaklarında nöbet tutulması zorunluluğu olmamakla birlikte, hekimlerin çalışma saatleri dışında başvuran hastalara bakmaları zorunludur. Bu nedenle, Sağlık Grup başkanlıkları ya da il sağlık müdürlükleri sağlık ocaklarında nöbetleşe çalışma kuralını uygulayabilirler. Aynı zamanda serbest muayenehanesinde çalışan hekimlerin, öğlen tatilini yapmamak koşulu ile çalışma süresinin bitiminden bir saat önce işlerinden ayrılmasına izin verilir. Üniversitede görevli öğretim üyeleri serbest çalıştıkları takdirde, günde 4 saat çalışırlar.

11. Siciller

Devlet memurları kurumlarınca tutulacak memur kütüğüne kaydolurlar. Her memura bir sicil numarası verilir. Her memur için bir memur cüzdanı düzenlenir ve bir özlük dosyası tutulur.

11.1. Sicil Dosyası: Her devlet memurunun bir sicil dosyası bulunur. Sicil amirleri tarafından düzenlenecek sicil raporları ile varsa müfettiş raporları ve memurların mal beyannameleri sicil dosyalarına konulur. Özlük ve sicil dosyaları devlet memurlarının ehliyetlerinin tespitinde, kademe ilerlemelerinde, derece yükselmelerinde, emekliye ayrılmalarında ya da hizmetle ilişkilerinin kesilmesinde başlıca dayanaştır.

11.2. Olumlu ve Olumsuz Sicil: Sicil raporlarındaki sicil notu ortalaması 100 üzerinden 60 ve daha yukarı olanlar olumlu sicil almış sayılırlar. sicil raporlarındaki sicil notu ortalaması 60'ın altında olanlar olumsuz sicil almış sayılırlar. İki defa üst üste olumsuz sicil alan memurlar başka bir sicil amirinin emrine atanırlar. Burada da olumsuz sicil almaları halinde memuriyetle ilişkileri kesilir.

Devlet memurlarının yetersizlikleri halinde sicil raporlarında yazılı bulunan kusur ve eksiklikleri , uyarılmaları bakımından gizli bir yazı ile atamaya yetkili sicil amirleri tarafından kendilerine bildirilir. Bu durum kendisine bildirilen devlet memurları, buna karşı tebliğ tarihinden itibaren en geç bir ay içinde aynı amirlere itiraz edebilirler. Atamaya yetkili amirler itirazla ilgili kararlarını iki ay içinde ilgili yazı ile bildirmek zorundadır.

12. Disiplin

Kamu hizmetlerinin gereği gibi yürütülmesini sağlamak amacı ile kanunların, tüzüklerin yönetmeliklerin emrettiği ödevleri yurt içinde ya da yurt dışında yerine getirmeyenlere, uyulması zorunlu kılınan hususları yapmayanlara ve yasaklanan işleri yapanlara durumun niteliğine ve ağırlık derecesine göre uyarma, kınama, aylıktan kesme, kademe ilerlemesinin durdurulması, devlet memurluğundan çıkartılma cezalarından birisi verilir.

12.1. Disiplin Cezası Vermeye Yetkili Amir ve Kurullar: Uyarma, kınama ve aylıktan kesme cezaları disiplin amirleri tarafından, kademe ilerlemesinin durdurulması cezası, memurun bağlı olduğu kurumdaki disiplin kurulunun kararı alındıktan sonra atamaya yetkili amirler, il disiplin kurullarının kararına dayanan hallerde Valiler tarafından verilir.

Devlet memurluğundan çıkarılma cezası amirlerin bu yoldaki isteği üzerine memurun bağlı olduğu kurumun yüksek disiplin kurulu kararı ile verilir. Sağlık Bakanlığında Yüksek Disiplin Kurulu, Müsteşarın başkanlığında Bakanlık üst düzey yöneticilerinden oluşur.

12.2. Savunma Hakkı: Devlet memuru hakkında savunması alınmadan disiplin cezası verilemez. Soruşturmayı yapanın ya da yetkili disiplin kurulunun 7 günden az olmamak üzere verdiği süre içinde ya da belirtilen bir tarihte savunmasını yapmayan memur, savunma hakkından vazgeçmiş sayılır.

12.3. Disiplin Cezalarının Uygulanması: Disiplin cezaları verildiği tarihten itibaren geçerlidir ve derhal uygulanır. Aylıktan kesme cezası, cezanın verilmiş tarihini takip eden aybaşında uygulanır.

12.4. Cezalara İtiraz: Disiplin amirleri tarafından verilen uyarma ve kınama cezalarına karşı itiraz varsa bir üst disiplin amirine yoksa disiplin kurullarına yapılabilir. Aylıktan kesme, kademe ilerlemesinin durdurulması ve devlet memurluğundan çıkarılma cezalarına karşı idari yargı yoluna başvurulabilir.

Disiplin cezalarına karşı yapılacak itirazlarda süre, kararın ilgiliye tebliğinden itibaren 7 gündür. Bu süre içinde itiraz edilmeyen disiplin cezaları kesinleşir. İtiraz halinde, itiraz mercileri kararı gözden geçirerek verilen cezayı aynen kabul edecekleri gibi, cezayı hafifletebilirler ya da tamamen kaldırabilirler. İtiraz edilmeyen kararlar ile itiraz üzerine verilen kararlar kesindir. Bu kararlar aleyhine idari yargı yoluna başvurulamaz.

İtiraz mercileri, itiraz dilekçesi ile karar ve eklerinin kendilerine intikal tarihinden itibaren 30 gün içinde kararlarını vermek zorundadırlar.

12.5 Görevden Uzaklaştırma: Görevi başında kalmasında sakınca görülen devlet memurları hakkında alınan bir önlemdir. Bu önlem soruşturmanın herhangi bir aşamasında alınabilir.

Görevden uzaklaştırmaya yetkili kişiler şunlardır:

- * Atamaya yetkili amirler,
- * Bakanlık ve Genel Müdürlük müfettişleri,
- * İlerde Valiler,
- * İlçelerde Kaymakamlar.

Görevden uzaklaştırılan ve görevi ile ilgili olsun ya da olmasın herhangi bir suçtan tutuklanan ya da gözlem altına alınan memurlara bu süre içinde aylıklarının üçte

ikisi ödenir. Bu gibiler kanunun öngördüğü sosyal hak ve yardımlardan faydalanmaya devam ederler. soruşturma sonunda memurluktan çıkarmadan başka bir disiplin cezası verilenler ile beraat edenler, genel affa uğrayanlar, memurluğa engel olmayacak bir ceza ile cezalandırılanların cezaları kaldırılır ve kesilmiş aylıkları kendilerine ödenir.

Bir disiplin kovuşturması en çok üç ay devam edebilir. Bu süre sonunda hakkında bir karar verilmediği takdirde memur görevine başlatılır.

4. Bölüm

ÖZLÜK HAKLARI

1. Aylık: 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi kurumlarda görevlendirilen memurlara hizmetlerinin karşılığında kadroya dayanılarak ay itibariyle ödenen parayı ifade eder.

Aylığın hesaplanmasında esas alınan kriterler şunlardır:

Gösterge: 366 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye göre kabul edilen gösterge tablosunda, memurun atanmış olduğu derece ve kademeye tekabül eden rakamın, katsayı rakamı ile çarpılması sonucu bulunan parayı ifade eder.

Ek Gösterge: 657 sayılı kanuna tabi kurumların kadrolarında bulunan personelin aylıkları, hizmet sınıfları ve görev türleri dikkate alınarak tahsis edilen ek gösterge rakamının katsayı ile çarpılması sonucu bulunan parayı ifade eder.

Taban aylığı: 1000 gösterge rakamının katsayı ile çarpılması sonucu bulunan parayı ifade eder.

Kıdem aylığı: Her hizmet yılı için memur maaşlarının düzenlenmesinde belirlenen gösterge ile o yıl içindeki taban aylığı katsayısı sonucunda bulunan miktarı ifade eder. (25 yıldan fazla hizmet yılı dikkate alınmaz)

İş güçlüğü zammı: Niteliği ve çalışma şartları bakımından güç olan işlerde çalışanlara ödenir.

İş riski zammı: Hayat ve sağlık için tehlike arz eden hizmetlerde çalışanlara ödenir.

Eleman teminindeki güçlük zammı: Temininde, görevde tutulmasında ya da belli yerlerde istihdam edilmesinde güçlük bulunan elemanlara ödenir.

Mali sorumluluk tazminatı: Sayıştaya hesap vermekle yükümlü olan saymanlara ve vezne açığından sorumlu veznedarlara ödenir.

Özel hizmet tazminatı: en yüksek devlet memuru gösterge ve ek göstergesi toplamı cari yıldaki katsayı çarpımı ile yan ödeme kararnamesindeki oranların çarpımı sonucunda ödenen miktardır.

Lojman tazminatı: 433 sayılı Kanun Hükmünde Kararname gereği, kendilerine herhangi bir surette konut tahsis edilmiş bulunanlar ve kurumların yurt dışı kadrolarına sürekli göreve atananlar, her iki durumdakilerin eşleri ve sözleşmeli personel dışındaki devlet memurlarına ödenir. Eşlerden her ikisi de tazminat almaya hak kazanmış ise eşlerden yalnızca tazminat miktarı fazla olana ödeme yapılır. Eşinin ölümü nedeniyle dul kalan personele, bu durumunun devamı süresince tazminat miktarı tam olarak ödenir.

Bu tazminat diğer ödemelerde aylık kavramına dahil edilmez ve tazminata hak kazanmada ve ödemelerde aylıklara ilişkin hükümler uygulanır. Damga vergisi hariç hiç bir kesinti ve vergi uygulanmaz.

Yabancı dil tazminatı: Maliye Bakanlığı ile Devlet Personel Dairesi Başkanlığınca müştereken belirlenen yabancı dillerden yine bu iki kurum tarafından tespit olunan esas ve usuller çerçevesinde her yıl Mayıs ve Kasım aylarında yapılan seviye tespiti sınavı sonucuna göre ödenir. Her bir yabancı dil için, damga vergisi hariç hiç bir kesintiye uğratılmadan ödenir. Yapılan sınavlar 5 yıl süre ile geçerlidir. Bu sürenin bitiminde yeniden sınava girmeyenlerin yabancı dil tazminatları bir alt seviyeden ödenir. Boğaziçi, Ortadoğu ve Bilkent Üniversitesi mezunlarına sınava girmeden (C) seviyesinde ödeme yapılır.

Mahrumiyet ödeneği: Personelin yaşam ve çalışmasında zorluk ve darlık çektiği yerlere sürekli görevle atanarlara o yerin mahrumiyet derecesine göre ödenir.

Aile yardımı: Personelin her ne şekilde olursa olsun menfaat karşılığı çalışmayan eşi için hiçbir vergi ve kesintiye uğratılmadan aylıkla birlikte ödenen ödenektir.

Çocuk yardımı: Personelin, menfaat karşılığı çalışmayan çocukları için hiçbir vergi ve kesintiye uğratılmadan aylıkla birlikte yapılan ödemedir. ancak 2 çocuktan fazlasına, evlenen çocuklar ve 19 yaşını dolduran çocuklar için ödenmez. Evlenmemiş kız çocuklarına 25 yaşına kadar , yüksek öğrenim yapan erkek çocuklara 25 yaşını geçmemek üzere öğrenimleri bitene kadar, çalışamayacak derecedeki malul olan çocuklar için bu durumları doktor raporu ile tespit edilmek kaydıyla sürekli ödenir.

Ölüm yardımı ödeneği: Miadında ölü doğan çocuklar için, miadında ölü veya canlı doğduktan sonra ölen, ikiz veya daha fazla çocuklardan her biri için ayrı ayrı, biri canlı biri ölü doğan çocuklardan ölü doğan çocuk için ödenebilir. Memurun kendisi ölürse iki maaş, eş ve çocukları ölürse bir maaş tutarında ölüm yardımı

verilir. Burada sadece gösterge ve ek gösterge dahil edilir. Diğer ödemeler dikkate alınmaz. Ölüm yardımı ödeneği, hiçbir vergiye ve kesintiye tabi tutulmaz.

Olağanüstü hal tazminatı: Olağanüstü Hal bölgesi ve mücavir illerde bulunan memurlara ödenen ek tazminat olup, aylıkla birlikte ödenir. Herhangi bir vergiye tabi tutulmaz. Olağanüstü hal uygulamasının kaldırıldığı illerde sona erer. Olağanüstü hal uygulanan iller dışında açılacak hizmetiçi eğitim, kurs ve seminerlere katılmak üzere görevinden geçici olarak ayrılanlara ödenmez. Yıllık izin ve mazeret izinlerinde ödenmeye devam edilir. Hastalık izinlerinde kesilir.

Kıst Aylığı: Göreve yeni başlayan memur o ay içinde kaç gün çalışmışsa buna göre aylık alır. Bu aylıktan emekli aidatı kesilmez. İlk tam aylıktan, memur daha önce emekliliğe tabi bir görevde çalışmışsa %25 giriş aidatı kesilir. Bir görevle açıktan aday ya da asıl memur olarak atananlar göreve başladıkları günden itibaren aylığa hak kazanırlar. Bu suretle göreve başlayanların ilk aylığı gün hesabıyla ay sonunda ödenir.

Görevden uzaklaştırılan ya da görevden uzak kalan memurların hak ve yükümlülüğü: Görevden uzaklaştırılan ve görevi ile ilgili olsun ya da olmasın herhangi bir suçtan tutuklanan ya da gözaltına alınan memurlara bu süre içinde aylıklarının üçte ikisi ödenir. Bunlar kanunun ön gördüğü sosyal hak ve yardımlardan faydalanmaya devam ederler. Memur tekrar görevine başlarsa geri kalan üçte bir aylığı kendisine ödenir.

Tedavi yardımı ve cenaze giderleri: Bu giderler, yurt içinde; memur, eşi, bakmakla yükümlü olduğu anne ve babası, aile yardımı ödeneğine hakkı olan çocukları, yurt dışında; sürekli görevde bulunan memur, geçici görevle ya da staj yapmak üzere gönderilen memur, eşi, bakmakla yükümlü olduğu ana, baba ve aile yardımına müstehak çocukları hakkında uygulanır.

Harcırah: Bir yere sürekli ya da geçici bir görevle gönderilen memurlara yolculuk dolayısıyla harcanmak üzere verilen paradır. Harcırahın unsurları şunlardır:

- a. **Yol Masrafı:** Yolculukta kullanılacak nakil vasıta ücreti.
- b. **Yevmiye:** Yolculuk ve oturumlar dolayısıyla ilgililere iâşe ve ibade v.s. giderlerin karşılığı olarak ödenir ve her yıl bütçe kanunu ile belirlenir.
- c. **Aile Masrafı:** Aile fertlerinden her biri için ödenen miktar.
- d. **Yer değiştirme masrafı:** Oturulan yerin değiştirilmesi dolayısıyla eşya taşıma giderlerini karşılamak amacıyla ödenen miktardır. Harcırah, kanunda

aksine hüküm bulunmadıkça, gidip gelmeye en uygun ve kullanılması mutad olan yol ve taşıt araçları üzerinden verilir. Becayış olunanlar ile emeklilik hariç görevine son verilme hallerinde ve aynı belediye sınırları içindeki yer değiştirmelerde harcırah verilmez.

e. Daimi görev harcırahı: İlk defa memuriyete atananlara, atamaları sırasında yerleşmiş oldukları yerden, naklen başka bir yere atananlara, bu atamaları sırasında başka bir yerde bulunsalar dahi, eski memuriyet mahallinden geçici görev ile ya da vekaleten bir yerde buldukları esnada asıl görev yeri değişenlere eski memuriyetleri mahallinden ödenir.

Hastalara refakat halinde harcırah: Hastalıkları nedeniyle bir yerden başka bir yere bir kişinin refakatında gitmeleri gerektiği resmi hekim tarafından verilen raporla anlaşılanlara verilir. Refakat edecek asile efradından birisine yalnız gidiş ve dönüş için ve aile efradından refakat edecek kimse bulunmadığı takdirde kurumlarınca görevlendirilecek memur ya da hizmetliye de bu işin devamı müddetince yevmiye ve yol masrafı ödenir.

**SAĞLIK PERSONELİ İÇİN
GEREKLİ BAŞLICA MEVZUAT**

Kanunlar

1. 11.4.1928 tarih ve 1219 sayılı Tababeti ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
 2. 24.4.1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
 3. 9.6.1936 tarih ve 3017 sayılı Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu
 4. 11.4.1949 tarih ve 5368 sayılı Verem Savaşı Hakkındaki Kanun
 5. 23.1.1953 tarih ve 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Kanunu
 6. 18.12.1953 tarih ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun
 7. 25.2.1954 tarih ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu
 8. 4.1.1960 tarih ve 7402 sayılı Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun
 9. 5.1.1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun
 10. 31.3.1965 tarih ve 555 sayılı Sağlık Eğitim Enstitüleri Kuruluş Kanunu
 11. 21.8.1981 tarih ve 2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun (15.6.1984 tarih ve 281 sayılı değişik şekli, 30.4.1986 tarih ve 3579 sayılı değişik şekli)
 12. 24.5.1983 tarih ve 2827 sayılı Nüfus planlaması Hakkında Kanun
 13. 7.5.1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetler Temel Kanunu
 14. 18.6.1992 tarih ve 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun
 15. 27.3.1995 tarih ve 548 sayılı 15.6.1989 tarih ve 3579 sayılı (Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair) Kanun'a Bir Geçici Madde Eklenmesine İlişkin Kanun Hükmünde Kararname.
-

Tüzükler

1. 13.1.1960 tarih ve 4/12578 sayılı Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi
2. 5.4.1973 tarih ve 7/6229 sayılı Tababet Uzmanlık Tüzüğü
 - Tababet Uzmanlık Tüzüğünde değişiklik yapılmasına ilişkin Tüzükler;
 - * 03.09.1974 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.
 - * 09.12.1980 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.
 - * 30.06.1981 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.
 - * 23.11.1983 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.
 - * 21.09.1987 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.
 - * 02.08.1990 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.
 - * 30.04.1993 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.
3. 14.11.1973 tarih ve 83/7395 sayılı Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük

Yönetmelikler

1. 9.9.1964 tarihli Resmi Gazete'de Yayımlanan Sağlık hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkındaki Yönetmelik
2. 2.5.1974 tarihli Resmi Gazete'de Yayımlanan Tababet Uzmanlık Yönetmeliği,

02/08/1975 tarihli Resmi Gazete'de yönetmelikte değişiklikler yapılmasına dair yönetmelikler yayımlanmıştır.

23/10/1981	"	"
26/11/1985	"	"
23/08/1986	"	"
19/10/1992	"	"
3. 20.11.1981 tarihli Resmi Gazete'de Yayımlanan Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğü Uygulanması Esaslarına Dair Yönetmelik,
4. 13.1.1983 tarihli Resmi Gazete'de Yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumlarının İşletme Yönetmeliği,
5. 6.10.1983 tarihli Resmi Gazete'de Yayımlanan Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği,

6. 16.7.1982 tarihli Resmi Gazete'de Yayımlanan Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Çalışan personelin Kılık ve Kıyafetlerine Dair Yönetmelik,
7. 15/6/1990 tarihli Resmi Gazete'de Yayımlanan Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği (7/1/1995 ve 27/4/1995 tarihli Resmi Gazeteler'de yönetmelikte değişiklik yapılmasına dair yönetmelikler yayınlanmıştır)
8. 26/10/1994 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği (12/12/1995 tarihli Resmi Gazete'de yönetmelikte değişiklik yapılmasına dair yönetmelikler yayımlanmıştır)
9. 8/3/1995 tarihli Resmi Gazete'de Yayımlanan Sağlık Bakanlığı Sicil Amirleri Yönetmeliği,
10. 8/3/1995 tarihli Resmi Gazete'de Yayımlanan Sağlık Bakanlığı Disiplin Amirleri Yönetmeliği,
11. 17/12/1989 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan Yan Dal Asistanlık sınavı Yönetmeliği

Not: Yönetmeliklerde ilavelerde, yayımlama tarihleri sıralaması yapılmadan yazılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Gözübüyük E. Türkiye'nin Yönetim Yapısı S. Yayınları No: 11 Ankara, 1978
 2. Eren, N. Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Hatipoğlu Yayınları. Ankara, 1989
 3. Benli, D., Özalp, H. Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Sorgür Yayıncılık, Ankara, 1984
 4. Malkoç, İ. Memurlara Karşı İşlenen Suçlar, Kent Basımevi, İstanbul, 1979
 5. Eren, N. Öztekin, Z. (Ed.). Sağlık Ocağı Yönetimi, 6. Basım Palme Yayınları, Ankara 1994
 6. Ergun T., Polatoğlu, A. Kamu Yönetimine Giriş, 4. Basım Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü, No: 241, Ankara. 1992
 7. Canman, D. Personelin Değerlendirilmesinde Çağdaş Yaklaşımlar ve Türkiye'de Kamu personelinin Değerlendirilmesi, TODAİE Yayın No: 252, Ankara, 1993
 8. Gürses, C. Çağdaş Belediyeler ve Sağlık Hizmetleri, Kırşehir Belediye Yayınları, 1.
 9. Hizmetçi Eğitim Ders Kitabı, Sağlık Bakanlığı Personel Müdürlüğü, Ankara, 1994
 10. Sosyal Sigortalar kurumu Faaliyet Raporu, 1993. SSK Yayını No: 554, Ankara, 1994
-

SAĞLIK OCAĞI İŞLEVİ VE YÖNETİMİ

Birinci Basamak Sağlık Personeli İçin

Prof. Dr. Zafer ÖZTEK

8. Basım

ANKARA – 2001

1. Basım : 500 Adet, Ankara - Nisan, 1995
2. Basım : 3000 Adet, Ankara - Haziran, 1995
3. Basım : 2000 Adet, Ankara - Ekim, 1995
4. Basım : 2500 Adet, Ankara - Şubat, 1996
5. Basım : 4000 Adet, Ankara - Temmuz, 1996
6. Basım : 6220 Adet, Ankara - Aralık, 1996
7. Basım : 2500 Adet, Ankara - Ocak, 1999
8. Basım : 4000 Adet, Ankara - Nisan, 2001

ISBN : 975 - 7572 – 74 - 8

Bu eğitim materyali, birinci basamak sağlık personelinin uyum eğitimlerinde kullanılmak üzere T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından bastırılmıştır. Her hakkı saklıdır. Kaynak gösterilerek kullanılabilir. Bu kitabın bir kısmının ya da tamamının çoğaltılması için Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nden izin istenebilir.

Basıldığı Yer :Barok Matbaacılık Tel : 417 80 76 Faks : 425 18 10 ANKARA

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Giriş	1
Bölüm 1	
Sağlık Ocaklarının Sağlık Örgütü İçindeki Yeri ve Önemi	3
Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesini hazırlayan gerekçeler	3
Örgütlenme ilkeleri	5
Hizmetlerin var olması	5
Hizmetlerin kabul edilebilir olması	6
Entegre sağlık hizmetleri	6
Kademeli hizmet anlayışı	6
Ekip anlayışı	7
Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi	7
Nüfusa göre örgütlenme	7
Yaygınlık	8
Nüfus tesbiti	8
Entegre hizmet	9
Ekip hizmeti	9
Sevk Zinciri	10
Katılımcı hizmet	10
Sürekli hizmet	11
İl içinde bütünlük	11
Sağlık Ocaklarında yapılan işler	12
Bölüm 2	
Poliklinik İşleri	13
Sağlık ocaklarında hasta muayenesi	13
Sağlık ocağı dışında hasta muayenesi	14
Çalışma saatleri dışında hasta muayenesi	16
Hasta sevki	16
Bölge dışı hastalar	17
Poliklinik defteri	18
Laboratuvar incelemeleri	18
Hastalık kodlamaları	20
Bildirimi zorunlu hastalıklar	21
Muayene ücretleri	22
İlaç sağlama	22

Hastalık raporları	23
Bölüm 3	
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetleri	25
Ana Sağlığı Hizmetleri	26
Gebelerin izlenmesi	26
Doğumların yaptırılması	28
Doğum sonu izlemleri	29
Doğurgan çağıdaki kadınların izlenmeleri	30
Aile planlaması hizmetleri	30
Çocuk Sağlığı Hizmetleri	32
Gelişmenin izlenmesi ve sağlıklı beslenme	32
Aşılama	33
İshalli hastalıkların kontrolü	33
Solunum yolu hastalıklarının kontrolü	33
Sağlık Ocaklarında çocuk sağlığı hizmetleri	34
Çocukların izlenmeleri	34
Aşılama işleri	35
Risk yaklaşımı	37
Bölüm 4	
Çevre ve İş Sağlığı İle İlgili İşler	39
Su denetimi	40
Hela denetimi	41
İşyerlerinin açılması ve denetimi	42
Gayrisihhi müessese kavramı	42
İşyerlerinin açılma izinleri	43
İşyeri denetimleri	44
Gıda maddelerinin denetimi	45
Çalışanların denetimi	45
Bölüm 5	
Kayıtlar ve İstatistik İşleri	47
Sağlık Ocaklarında tutulan kayıtlar	48
Evhalkı Tesbit Fişi	49
Kişisel Sağlık Fişi	50
İzleme Fişleri	51
Aylık Çalışma Cetvelleri	52
Hastalık bildirimleri	52
Aşı Kayıtları	53

	Sayfa
Aylık istatistik bildirimini	53
Gezi Programı ve beyan	53
İshal ve ASYE bildirim formları	53
Aile Planlaması Aylık Çalışma Formu	54
Diğer formlar	54
Bölüm 6	
Yazışmalar	55
Yazım kuralları	55
Gizli yazılar	59
Evrak işlemleri	60
Evrak kayıtları	60
Amirin görevi	61
Evrak kodlama ve saklama sistemi	62
Kıymetli evrak kavramı	65
Bölüm 7	
Mali İşler	67
Ayniyat İşleri	68
Mal sağlama ve kayıt	68
Personele mal teslimi	69
Terkin işlemi	70
Demirbaş ve ambar sayımları	71
Taşıt kullanımı ve benzin sağlama	71
Onarımlar	72
Dernek ve vakıf işleri	73
Bölüm 8	
Personel Yönetimi ve Denetimi	75
Yönetim kavramı	75
Planlama	75
Uygulama	75
Değerlendirme	75
Sağlık Ocağı Ekibi	76
Hemşire	76
Ebeler	77
Sağlık memuru ve çevre sağlığı teknisyeni	78
Diğer personel	79
Hiyerarşik yapılanma	79
Emir ve yasal olmayan emir	80

	Sayfa
Denetim ilkeleri	80
Denetim teknikleri	81
Gözlem	81
Kayıtların incelenmesi	82
Görüşme	82
Sınav	82
İş başında denetim	82
Kontrol listeleri	83
Sağlık ocağında soruşturma	83
İzinler	86
Yıllık izin hakkı	86
Hastalık izni hakkı	87
Özür izni hakkı	88
Sağlık izni hakkı	88
Yakınlarının hastalıkları nedeniyle olan izin hakkı	88
Devir-teslim	89
Sicil verme	91
Bölüm 9	
Diğer kurumlarla ilişkiler	93
İl ve ilçe yönetimi	93
İlçelerde sağlık hizmetleri	94
Kaymakamla ilişkiler	95
Belediyelerle ilişkiler	96
Köy yönetimleri ile ilişkiler	96
Savcılıkla ilişkiler	97
Diğer kuruluşlarla ilişkiler	97
Bölüm 10	
Sağlık Hizmetlerine İlişkin Kurullar	99
İlçe Hıfzıssıhha Kurulu	99
Zührevi hastalıklar ve fuhuşla mücadele komisyonları	100
Hayvan sağlık zabıta komisyonu	100
Sağlık ocağı sağlık kurulları	100
KAYNAKLAR	103
EKLER	
EK 1 Hastalıkların 150 Başlıklı A Listesi	107
EK 2 Bildirimi Zorunlu Hastalıklar	113

EK 3	Ebenin Gebe İzlemi Amacıyla Yapacağı Ev Ziyaretlerinde Bulundurması Gereken Araç-Gereç	Yanında 115
EK 4	Doğumda Ebenin Yanında Bulundurması Zorunlu Araç-Gereçler	117
EK 5	Risk Faktörleri	119
EK 6	Faks Örneği	121
EK 7	Yazışma Örneği	123
EK 8	Evrak Kodları (Konu Kodları)	125
EK 9	İta Amirliği Genelgesi	133

GİRİŞ

Sağlık ocakları birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü birimlerdir. Buralarda, evde ve ayaktan tedavi hizmetlerinin yanı sıra kişiye yönelik koruyucu hizmetlerin tümü, çevreye yönelik koruyucu hizmetlerin ise bazıları verilir.

Sağlık ocakları nüfusa göre örgütlenme esasına uygun olarak kurulurlar. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'a göre her 5.000-10.000 kişiye bir sağlık ocağı kurulur. Kırsal ya da kentsel bölgelerde kurulabilirler. Hekimlerin çalıştıkları en periferdeki kuruluş, sağlık ocağıdır. Buralarda çalışacak personelin sayıları ve nitelikleri yönetmelik ve yönergelerle belirlenmiştir. En küçük sağlık ocağında çalışan çekirdek kadro hekim, hemşire, sağlık memuru ve ebelerden oluşmaktadır. Bunlara yardımcı olmak üzere memur, şoför ve hizmetli de çalışır. Sağlık ocaklarına bağlı olan sağlık evlerinde ise birer ebe görev yapar.

Sağlık ocaklarının çalışma yönetiminin temelini, bölge nüfusunun tesbiti oluşturur. Bölge nüfusundaki değişiklikler sürekli olarak izlenir ve kayıt edilir. Sağlık ocağında bölgede yaşayan herkese ait birer kişisel sağlık fişi vardır. Kişilerin muayene bulguları ve kişisel sağlık özellikleri bu fişlere işlenir ve saklanır.

Sağlık ocakları, ikinci basamak olan hastanelerin önünde birer filtre görevi gören kuruluşlardır. Hastalar öncelikle sağlık ocaklarına başvurmalı, buralarda tedavi edilmelidirler. Hastanelere gitmelerinde zorunluluk olanlar ise buralardan uygun hastanelere sevk edilmelidirler. Bu sevk zinciri tam ve uygun olarak işletildiği takdirde, hastanelerin daha verimli çalışmaları ve hastaların daha etkili biçimde tedavi edilmeleri sağlanacaktır.

Yürütülen Hizmetler

Sağlık ocaklarında hemen her türlü sağlık hizmeti entegre (birleştirilmiş) olarak verilir. Bunlar arasında öncelikli olanlar ana ve çocuk sağlığı, aile planlaması, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, poliklinik hizmetleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleridir. Sağlık ocaklarının tedavi edici işlevi, önemi açısından koruyucu hizmetlerden sonra gelmelidir.

Bu hizmetler arasında, gebelerin ve 0-5 yaşları arasındaki çocukların periyodik olarak izlenmelerinin ayrı yerleri vardır. Bu hizmetler özellikle ebeler tarafından

yürütülür.

Sağlık ocağı hizmetlerinin bir kısmının ocak binası dışında, köylerde, mahallelerde, okullarda, iş yerlerinde ve evlerde yürütme zorunluluğu vardır.

Belediye bulunmayan yerlerde, esnaf denetimi, çevre sağlığı, ruhsat işlemleri gibi işler sağlık ocakları tarafından yürütülür. Belediye olup da, hekimi bulunmayan yerlerde de, ocak hekimleri belediye hekimliği görevini yürütür.

Örgütlenme ve Yönetim

Sağlık ocakları, sağlık grup başkanlıklarına, bu birimin kurulmadığı yerlerde ise doğrudan İl Sağlık Müdürlüklerine bağlı olarak çalışırlar. Ancak, İl İdaresi Kanunu ve Devlet Memurları Hakkındaki Kanunlar çerçevesinde yayınlanan sicil ve disiplin yönetmelikleri ilçelerde kaymakamlara sağlık ocaklarını ve buralarda çalışanları denetleme yetkisi verdiğiinden, kaymakamların yönetimdeki ağırlıkları giderek artmaktadır. (Aynı konu için bkz. Bölüm 1 - Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi - Madde 9 - İl içinde bütünlük).

Sağlık Ocağının Yönetim İşleri

Sağlık Bakanlığı tarafından 1994 yılında yayınlanan Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği'ne göre sağlık ocaklarından bir başhekim ya da sorunlu hekim bulunur.

Her kamu kurumunda olduğu gibi, sağlık ocaklarında da mali ve idari işler yürütülür. Bunlar arasında yazışmalar, ayniyat işlemleri, personel yönetimi, taşıt kullanımı, onarımlar, denetleme ve ocak hizmetlerin değerlendirilmesi işlemleri sayılabilir.

Sağlık ocakları, sağlıkla ilgili verilerin toplandığı en uç ve temel birimlerdir. Buralarda toplanıp Sağlık Bakanlığına kadar ulaştırılan bilgiler ışığında ülkenin sağlık hizmetleri ile ilgili kararlar alınmaktadır. Bu verilerin sürekli olarak ve titizlikle tutulmaları şaımsal önemdedir.

Bölüm 1

SAĞLIK OCAKLARININ SAĞLIK ÖRGÜTÜ İÇİNDEKİ YERİ VE ÖNEMİ

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesini Hazırlayan Gerekçeler

Sağlık hizmetlerinin ve hekimliğin temel amacı, kişileri hastalıklardan korumak, sağlıklı ve mümkün olduğu kadar uzun yaşamalarını sağlamaktır. Ancak, ne kadar çaba gösterilirse gösterilsin, insanlar bazen hastalanırlar. Bunun sonucu olarak sakat kalabilir, hatta ölebilirler. O zaman, sağlık hizmetlerinin ikinci ve üçüncü amaçlarından söz edilir. Bu da, hastalananların tedavileri ve sakat kalanların rehabilitasyonudur.

Bu anlayışa karşın, hekim ve diğer sağlık personelinin eğitimlerinde, geleneksel olarak hastalıkların tanı ve tedavilerinde ağırlıklı yer verilir. Bu yüzden, sağlık çalışanları arasında, asıl işlevlerinin tedavi edici hizmetler olduğu gibi yanlış bir kanı vardır. Hekimlerin bir bölümü, görevlerini hasta muayene etmek ve tedavi etmekle sınırlı sanırlar. Bazı hemşireler, kendilerini yalnızca hasta bakımı veren bir mesleğin üyeleri olarak görürler. Sağlık sektöründeki bazı yöneticiler bile, sağlık sektöründeki bazı yöneticiler bile, sağlık hizmetlerinin tedavi dışındaki işlevlerini göz ardı edebilirler.

Daha önemli ve tehlike olarak, halkın büyük bir bölümü de aynı görüştedir. Onlar da, sağlık hizmetleri denildiğinde, tedavi kuruluşlarını, özellikle, hastaneleri düşünürler. En basit yakınmalarında dahi, hastanelere başvurmayı doğal sayarlar. Özetle, sağlık hizmetlerini alanlar da verenler de, başta hastaneler olmak üzere tedavi edici sağlık hizmetlerini ön planda tutarlar.

Bu durum, yalnızca ülkemizin değil, bir çok ülkenin gerçeğidir. Bunun başlıca nedeni, bu ülkelerde birinci basamaktan önce ikinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmiş olmasıdır. Yataksız sağlık kuruluşlarından önce yataklı sağlık kuruluşları kurulmuş ve geliştirilmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önem verilmemiş, kaynaklar hemen tamamen hastanelerin kurulup işletilmesine ayrılmıştır.

Ülkemizde de, önce hastaneler geliştirilmiştir. Halka da, her türlü yakınmasından başvurmaya üzere hastanelerden başka bir kuruluş, uzun yıllar gösterilememiştir. Hastaneye gitmekten başka bir seçeneği olmayan halk, hastaneleri kullanmaya adeta teşvik edilmiş ve alıştırılmıştır.

Bunun sonucu olarak, hastaneler kapasitelerinin üzerinde hasta başvurusuyla karşılaşmış, hastane ve uzman hekim gerektirmeyecek sağlık sorunlarıyla meşgul edilmiş, hekimler fazla sayıdaki hastaya bakabilmek için hastalarına gereken muayene süresini ayıramamıştır. Muayene süresinin kısa olması nedeniyle, yeterli ve gerekli laboratuvar incelemelerini tamamlayamadan hastalık tanılarını koymak zorunda kalmışlardır. Bir başka deyişle, hekimler kesin tanı koyabilen olanaklarından yoksun olduklarından, ihtimali tanılarla (ön tanılarla) hastalarını tedavi etmek durumunda kalmışlardır. Bunun sonucu olarak da, düşünebildikleri her ihtimali tanı için ayrı ayrı ilaçlar vermişlerdir. Bu da polifarmasiye yani gereksiz yere çok ve çeşitli ilaç kullanımına yol açmıştır. Bunun zararını hem hastalar hem de ülke ekonomisi çekmiştir.

Böyle bir sistem ve örgütlenme modeli, ne sağlık hizmetlerini alanları, ne de verenleri memnun edememiş, yakınmalar artmış, hizmetler giderek daha pahalıya mal olmuştur. Hastane kapılarında beklemek istemeyen bir kısım hasta, başvurmadan vazgeçmiş, böylece hastalıklarının zamanında tedavi edilebilmesi şansını kaçırmışlardır.

1960'lı yıllara gelindiğinde, Türkiye'deki görünüm böyle idi. Kent merkezlerinde yoğunlaşmış olan hastaneler, yoğun hasta müracaatlarına cevap veremiyordu. Yatak işgal oranları düşük olduğu halde, poliklinikleri kalabalıktı. Hastanelerde uzmanlar, uzmanlıklarının gerektirdiği hastalıklardan çok, pratisyen hekimlerce teşhis ve tedavi edilebilecek hastalıklarla uğraşıyordu. Üstelik, yalnızca bu hastaları tedavi etmekle yetinmiyor, bu kişilerin aileleri ve çevreleri ile ilgilenmeyi kendi görevlerinden saymıyorlardı. Bu davranışlarında da haksız sayılmazlardı. Çünkü, onların görev alanları hastane içi idi. Hastane dışındaki sağlık hizmetleri onların uzmanlıkları ve görevlerinin dışında kalıyordu. Fakat, çok önemli olan bu hizmetler yerine getirilmediği için, hastalıkların kontrolünde güçlükler vardı.

Sağlık hizmetleri çok pahalıya mal olurdu. Çünkü, hastane hizmetleri pahalı idi. Hastalar, kentlerdeki hastanelere erişebilmek için uzun yolculuklar ve harcamalar yapmak zorunda kalıyorlardı. Gelmeleri geciktiği için, hastalıkların tanısı ve tedavisi de gecikiyordu. Kısaca, zaten sayıları az olan hastaneler pahalı ve verimsiz çalışmaktaydılar.

Bağıışıklama, aile planlaması gibi ülkenin öncelikli sağlık hizmetlerini yürütmesi gereken kuruluşlar yoktu. Özellikle kırsal yerlerdeki halk, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamıyordu. Hizmetlerin sunulduğunda, kentlerde yaşayanların

lehine bir adaletsizlik söz konusuydu.

Hükümet tabiplikleri geliştirilememişti. Siyasi bölümlenmeye paralel olarak örgütlenmiş olan bu model, koruyucu hizmetleri gerektiği gibi yürütemiyordu. Buralarda, sağlık ekibi kavramı yerleştirilememişti. Zaman içinde, hükümet tabiplerin hemen bütün işlevleri adli hekimlik ve bazı aşıların okullarda yapılmasına indirgenmişti. Zamanlarının büyük bölümünü resmi yazışmalara, bürokratik işlemlere ayırır olmuşlardı.

Bu manzara, çağdaş sağlık örgütlenmesi ilkelerine uymuyordu. Bu modelle, halkın sağlık düzeyini daha hızlı biçimde yükseltmek mümkün görünmüyordu. İşte 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun, bu durumu düzeltmek, sağlık örgütlenmesi ve hizmetlerin verililiindeki aksaklıkları giderebilmek için çıkartılmıştır.

Söz konusu kanun, yalnızca sağlık hizmetlerini örgütleyen bir kanun değildir. Bu kanun Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin genelini düzenleyen bir ilkeler kanunudur. Bu kanunda yer alan ilkelerin hemen hepsi, kabulünden 17 yıl sonra, 1978 yılında Alma-Ata’ da toplanan Temel Sağlık Hizmetleri Konferansında bütün ülkeler tarafından benimsenmiştir.

Örgütlenme İlkeleri

Anayasamızda yer alan temel bir ilke Alma-Ata Bildirisinde de belirtilmiştir: “Sağlık, doğuştan kazanılmış bir insan hakkıdır.”

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak bir hak olduğuna göre, ülke sınırları içinde yaşayan herkesin bu hizmetleri eşit olarak almalarını sağlamak devletin görevlerindedir. Ancak, bu ilkedeki eşitlik kavramını, herkesin aynı miktarda hizmet alacağı biçimde algılamamak gerekir. Anlatılmak istenen, herkesin sağlık hizmetinden yararlanabilme olanağının ve şansının eşit olmasıdır. Kişilerin sağlık düzeyinin ve sağlık hizmetlerine olan gereksiniminin eşit olmaması nedeniyle, bu hizmetleri farklı miktarlarda kullanmaları gerekeceği de açıktır.

Kişilere sağlık hizmetlerinin hakkaniyet ölçüleri içinde, yeterli ve verimli bir biçimde verebilmesini sağlamak için aşağıda belirtilen ilkelere uyma gerekliliği, Dünya Sağlık Örgütü tarafından da önerilmektedir:

1. Hizmetlerin var olması (availability) : Sağlık hizmetlerinin bir insan hakkı olduğunu kabul eden bütün devletler -ki bunlar aksini savunan devlet yoktur- bütün hizmetleri tüm yurttaşlarına ulaştırmak zorundadır. Sağlık hizmetleri, nerede yaşarlarsa yaşasınlar, kişilerin kolayca ulaşabilecekleri kadar yakınlarında ve gereksinim duydukları her anda erişebilecekleri biçimde örgütlenmelidir. Yani

sağlık hizmetleri herkese, her yerde ve her zaman verilmelidir.

2. Hizmetin kabul edilebilir olması (acceptability) : Sağlık hizmetlerinin var olması, kişilerin o hizmeti kullanacakları anlamına gelmez. Hizmet modelini ve verilmesini uygun bulmayan ve benimsemeyen kişiler (ve toplumlar) o hizmeti kullanmazlar. Onun yerine beğendikleri, kabullendikleri, alıştıkları hizmetleri tercih ederler. Modern sağlık kuruluşlarına sahip olsalar bile, geleneksel tedavi yöntemlerine ve halk hekimlerinde başvuranların başlıca nedeni budur. O halde, sağlık hizmetlerini sunarken, toplumsal ve kültürel özellikleri de göz önünde bulundurmak ve halkın hizmetleri yeterince kullanmalarını sağlayıcı stratejiler uygulamak gerekir. Bunun en iyi yolu, halkı sağlık hizmetlerinin planlama ve uygulamasına katmaktır.

3. Entegre sağlık hizmetleri : İkinci Dünya Savaşından önceki dönemlerde, geniş bölgelerde tek amaçlı hizmetler biçiminde örgütlenmek, genel bir anlayıştı. Ülkemizdeki sıtma, verem, trahom, frengi ve lepra savaş örgütleri ile ana-çocuk sağlığı hizmetleri bu tür örgütlenme modeline örnek verilebilir. İkinci Dünya Savaşından sonraki görüş ise, dar bölgede çok yönlü hizmet veren sağlık örgütleri kurmaktadır. Yani günümüzdeki anlayış, eskiden ayrı ayrı kuruluşlar tarafından verilmekte olan hizmetleri bir tek kuruluşta verilecek biçimde toplamak, entegre etmektir. Böylece, örgütün karmaşıklığı giderilebilir, hizmetlerdeki dublikasyonlar önlenir, paradan ve personelden tasarruf sağlanabilir, kişiler ve aileler bir bütünlük içinde ele alınabilir. Entegre hizmetlerin halk tarafından kullanımı da kolaydır. Çünkü, vatandaşın karşısında her türlü sağlık sorununda başvuracağı tek bir kuruluş vardır.

4. Kademeli hizmet anlayışı : Yataksız sağlık kuruluşlarına birinci basamak, genel hastaneler ikinci basamak ve özel dal hastanelerine ise üçüncü basamak sağlık kuruluşları denilir (). Hastaların, öncelikle birinci basamağa başvurmaları çağdaş örgütlenme anlayışının en temel ilkelerindedir. Buralarda teşhis ve tedavi imkanı olmayanların ikinci basamaktaki hastanelere, oralarda da tedavi edilmeyenlerin üçüncü basamaktaki hastanelere sevk edilmeleri gerekir. Böylece hastanelerin, önünde filtre görevi gören birinci basamaktaki, başvuranların yaklaşık %90'ının sorunları çözülebilecek, geri kalan az miktardaki hastanın hastanelere gitmeleri gerekecektir.

Sonuç olarak, hastane bakımı gerekmeyen kişilerin, gereksiz yere hastanelerde yığılmaları önlenecek ve buraları daha verimli çalışmalarına imkan sağlanmış olacaktır. Ayrıca, birinci basamak sağlık kuruluşları, halkın yaşadığı yerlere daha yakın olduklarından, sağlık hizmetleri daha geniş bir alana yayılmış ve ailelerin

Üniversite hastaneleri genellikle üçüncü basamak kuruluşlardan sayılmakla birlikte bu konu tartışmaya açıktır.

mümkün olduğu kadar yakınlarına ulaştırılmış olacaktır. Bunun sonucu olarak da, hastalar hastalıkların daha erken dönemlerinde hekime başvurma şansını elde etmiş olacaklardır. Ayrıca, hizmetler daha ucuza mal olacak, hastalar çevreleri ile birlikte değerlendirilecek ve tedavileri daha etkili olabilecektir.

5. Ekib anlayışı : Sağlık hizmetleri hiçbir meslek grubunun tek başına verebileceği hizmetler değildir. Bu hizmetler, ancak bir ekip tarafından yürütülebilir. Ekip, bilgileri, becerileri, yetkileri ve sorumlulukları yönünden birbirlerini tamamlayarak, aynı amaç için bir arada çalışan farklı meslek mensupları olarak tanımlanabilir. Sağlık ekibi içindeki hiçbir meslek üyesi diğerinden daha önemli olamaz. Her birinin önemli ve değerli rolü vardır. Ancak, bunlardan birisinin ekip başı, yani yönetici olması kaçınılmazdır.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi

1961 yılında yasası kabul edilen ve 1963 yılında Muş ilinde başlatılan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulaması 1 Ocak 1984 tarihli itibarı ile bütün Türkiye’ de uygulanmaya başlamıştır. Şu anda, bu örgütlenme modelinin dışında kalan hiçbir yurt köşesi yoktur.

Bu hizmetlerle ilgili bazı eleştirilerin olduğu bir gerçektir. Ancak, bu eleştirilerin hemen tamamında, modelin kendisinden çok, uygulama hataları dile getirilmektedir. İyi yöneticilerin ellerinde ve yasanın özünü kavramış sağlık çalışanlarının görevli olduğu yerlerde, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modelinin verimli biçimde uygulandığı bilinmektedir. O nedenle, yalnızca sağlık ocaklarında değil, ülkemizdeki bütün sağlık çalışanlarının bu hizmet konusunda eğitilmeleri, hizmetlerin verimliliği için temel koşuldur. Çünkü sosyalleştirme, sağlık ocakları ile sınırlı bir uygulama değil, bütün sağlık kuruluşlarını içine alan bir modelin adıdır; Türkiye’deki sağlık politikasını tanımlayan bir kavramdır. Bu modelin işleyişinde her kademedeki yöneticiden, her türlü sağlık kuruluşunda çalışanlara kadar, herkese düşen roller vardır. Hastanelerdeki uzmanlar bu modeli bilmiyorsa, sevk zinciri etkili olarak işletilemez; İl sağlık müdürleri bu modeli tam olarak kavrayamamışlarsa, hizmeti verimli biçimde çalıştıramazlar; Valiler, bu modeli benimsememişse, hizmeti yürütemezler; Devlet Planlama Teşkilatı sorumluları bu modeli kavrayamamışlarsa, hizmet gelişemez; Sağlık ocağında çalışan personel, kendi önemlerinin ve rollerinin farkında değilirse, bu modelin en can alıcı noktası çöker, Halk, bu konuda yeterli bilgiye sahip değilse, hizmetten verimli olarak yararlanamazlar, hatta, hizmetin çalışmasını zora sokabilirler.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modelinin ve sağlık ocaklarının başlıca özellikleri şunlardır:

1. Nüfusa göre örgütlenme : Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin en temel

niteliği, hizmetlerin nüfusa göre planlaması ve örgütlenmesidir. Yasaya göre, her 5.000-10.000 nüfusa bir sağlık ocağı kurulacaktır. Ancak, kentlerde daha fazla nüfusa hizmet eden sağlık ocakları kurulabilir. Bu durumda, ocakta görevlendirilecek personel sayısı da bu oranda fazla olacaktır.

Sağlık ocakları üç tiptir. Köy tipi sağlık ocakları kırsal yörelerde kurulmuştur. En küçük tipteki sağlık ocaklarıdır. D-1 tipi sağlık ocakları ise, genellikle ilçe merkezlerinde kurulur ve 10.000-30.000 nüfusa hizmet eder. En büyük sağlık ocakları A-1 tipi olanlarıdır. Kentlerde bulunurlar ve 30.000-50.000 nüfusa hizmet ederler. (Not: 26 Ekim 1994 b tarih ve 22093 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmış olan “Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartlarına Yönetmeliği” bu sağlık ocaklarını köy tipi, ilçe tipi ve il tipi olarak adlandırmaktadır.)

Sağlık ocaklarının büyüklükleri ile buralarda yapılan hizmetler arasında bir ayırım yoktur. Ancak olanakları daha geniş olan, belediyesi bulunan yerlerdeki sağlık ocaklarında, başta çevre sağlığı hizmetleri olmak üzere bazı görevler diğer kuruluşlar tarafından verilmektedir.

Sağlık ocaklarına bağlı olarak hizmet veren sağlık evleri de nüfus dikkate alınarak planlanmıştır. Her 2.000-2.500 nüfus için bir sağlık evi kurulur. Ancak kentsel yerlerde, mahallelerde yerleşim daha yoğun olduğundan, hizmetin verililişi de kırsal yerlerdeki kadar zaman alıcı olmayacağından, buralarda bir ebeye düşen nüfus daha fazla olabilir.

2. Yaygınlik : Sağlık ocakları, birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği kuruluşlardır. Türkiye’de sayıları 1995 yılı itibari ile 4.647 olan sağlık ocaklarının kabaca yarısı köylerde dir. Ayrıca, 11.872 köyde de sağlık evi vardır. Böylece, her üç köyden birisinde (mezralar hariç) ya bir sağlık ocağı ya da bir sağlık evinin olduğu anlaşılmaktadır. Ülkemizdeki sağlık örgütlenmesi içinde, en periferdeki sağlık kuruluşları sağlık evleridir. Sağlık evleri, sağlık ocaklarına bağlı olarak çalışırlar. Bir ebenin görevli olduğu sağlık evlerinde ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinden başka, sağlık eğitimi, hasta izlemleri, enjeksiyon ve pansumanlar gibi diğer bazı hizmetler de yürütülür. Sağlık evi ebesi, oturduğu köyden başka, kendisine bağlı diğer köylerden de sorumludur.

Sağlık ocaklarının nerelerde kurulacağı, il sağlık müdürlüklerinin (valiliğın) önerileri alınarak Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenir. Bu amaçla, her iki yılda bir, il yönetimlerinin sağlık ocaklarının yerleşim planlarını gözden geçirerek, yeni açılması, yer değiştirmesi ya da kapatılması gereken sağlık ocaklarını bir raporla Bakanlığa bildirmesi gerekir.

3. Nüfus tesbiti : Sağlık ocağı bölgesinde yaşayan her aile ve ailelerdeki bütün bireyler, ocak personeli tarafından tesbit edilerek kayıtlara geçirilirler. Bir yerde kurulacak bir sağlık ocağında, ilk yapılacak iş, bölge nüfusunu tesbit etmektir. Bu yapılmadan sağlık ocağı çalışmalarının iyi bir şekilde yürütüldüğünden söz edilemez. Çünkü, sağlık ocaklarındaki bütün işlerin planlanmasında nüfusun bilinmesi gereklidir. Günümüzde, sağlık ocaklarının verimsiz çalışmalarındaki en temel faktör, nüfus tesbitlerine gereken önemin verilmemesidir. Bu durumda, sağlık ocaklarının da hükümet tabiliği modeli gibi başarısız olacağı açıktır.

4. Entegre hizmet : Sağlık ocaklarında hizmetler entegrasyon anlayışı içinde verilmektedir. Yani hem koruyucu sağlık hizmetleri, hem de evde ve ayaktan tedavi hizmetleri bir arada sunulmaktadır. Sağlık ocaklarında, daha önce ayrı ayrı kuruluşlar tarafından verilmekte olan ana ve çocuk sağlığı, sıtma, verem, trahom, frengi savaş hizmetleri dahil her türlü sağlık programı yürütülmektedir. Bunların yanı sıra, adli hekimlik, çevre sağlığı, iş sağlığı, halk eğitimi, okul sağlığı gibi hizmetler de sağlık ocaklarının görevleri arasındadır.

5. Ekip hizmeti : Yukarıda belirtilen hizmetlerin hangi personel tarafından ve nasıl verileceği ise “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Yerlerde Hizmetin Yürütülmesine Dair Yönerge”de (kısaca 154 sayılı yönerge olarak bilinir) açıklanmıştır. Buna göre, sağlık ocaklarında hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter, şoför ve hizmetli çekirdek kadroyu oluşturur. Büyüklüklerine ve buldukları yörenin özelliklerine göre bazı sağlık ocaklarında diş hekimi, eczacı, çevre sağlığı teknisyeni, diyetisyen, sağlık savaş memuru, laboratuvar teknisyeni gibi diğer sağlık personeli de bulunabilir.

26 Ekim 1994 tarih ve 22093 sayılı Resmî Gazetede yayınlanmış olan “Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği” uyarınca tiplerine göre sağlık ocaklarının kadroları şöyledir:

Köy tipi: Tabip, sağlık memuru, hemşire, ebe (2 adet), memur (tıbbi sekreter karışlığı), şoför, hizmetli olmak üzere toplam 8 personel.

İlçe tipi: Baştabip, tabip (3 adet), diş tabibi, eczacı, sağlık memuru (2 adet), çevre sağlığı teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, hemşire (2 adet), ebe (2 adet), memur (2 adet), daktilograf, şoför, kaloriferci, hizmetli (2 adet) olmak üzere toplam 21 personel.

İl tipi: Baştabip, tabip (4 adet), diş tabibi, eczacı, sağlık memuru (4 adet), çevre sağlığı teknisyeni (2 adet), laboratuvar teknisyeni, hemşire (4 adet), ebe (2 adet) memur (2 adet), daktilograf (2 adet), şoför, kaloriferci, hizmetli (2 adet) olmak üzere toplam 28 personel.

Sağlık ocağında çalışan ekip üyelerinin her biri önemlidir. Ancak, 154 sayılı yönerge de anlaşılacağı gibi, sağlık ocaklarında verilen hizmetler arasında, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri ülkemizin öncelikli hizmetlerindedir. Bu hizmetler, bütün sağlık personeli tarafından verilmekle birlikte, başlıca ebeler tarafından yürütülmektedir. O nedenle, ebeler, sağlık ocağı personeli içinde vazgeçilemez niteliktedirler. Özellikle kırsal yörelerde ebeler, sağlık ocaklarının en temel personelidir. Öte yandan, sağlık evlerinde tek başlarına görev yapan ebeler, yalnızca ana ve çocuk sağlığı hizmetlerini değil, birçok başka hizmeti de yürütürler. Bu nedenle ebeler, sözlük anlamındaki “doğumlara yardımcı olma” niteliklerinden daha farklı bir rol üstlenmişlerdir. Bu tür görevleri yapan personele diğerk bazı ülkelerde halk sağlığı hemşiresi denilmektedir.

6. Sevk Zinciri : Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin en önemli özelliklerinden birisi, hasta sevk zincirinin kurulmuş olmasıdır. Mevzuata göre, hastalar önce sağlık ocaklarında görülürler, gerektiğinde hastanelere sevk edilirler; Sağlık ocaklarında hasta muayenesi ve hayat kurtarıcı ilaçlar ücretsizdir; Sağlık ocaklarından sevk edilerek geldikleri takdirde, bu hastalar hastane hizmetlerini de ücretsiz olarak alırlar; Doğrudan hastaneye başvuranlar ise, ücret öderler. Böylece hastaların öncelikle sağlık ocaklarına başvurmaları özendirilmeye ve hastanelere doğrudan başvuruları caydırılmaya çalışılmıştır. Ancak bu ilkeler, ne yazık ki kaynak yetersizliği ve yönetimdeki bazı aksamalar nedeniyle tam olarak uygulanmamaktadır. (Bkz. Bölüm 2 - Muayene Ücretleri)

Sağlık ocaklarından yapılan sevklerin hangi hastanelere olabileceği il sağlık müdürlüğünün planlamasına bağlıdır. Ancak, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesindeki temel ilkelerden birisi de, bölge hastanelerinin oluşturulmasıdır. Buna göre, her sağlık grup başkanlığı sınırları içinde (ya da her ilçede) birer “bölge hastanesi” bulunacaktır. Bu hastaneler genellikle ilçe merkezindeki devlet hastaneleridir. Hasta sevklerinin bu hastanelere yapılması beklenir. Ancak, hastalar özelliklerine göre, diğerk hastanelere sevk edilebilirler.

7. Katımlı hizmet : Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin bir yönü de, halkın sağlık hizmetlerine katılımını sağlayıcı önlemleri almış olmasıdır. 1969 yılında çıkartılan “Sağlık Ocakları Sağlık Kurulları Yönetmeliği” gereğince, her sağlık ocağı bölgesinde birer “Sağlık Ocağı Sağlık Kurulu” oluşturulur. Bu kurulun başkanı ocak hekimidir. Üyeleri ise, köy muhtarları, imamları, başöğretmenleri ve her köyden seçilmiş bir üyedir (genellikle köy ihtiyar heyetinin birinci azası). Belediye olan yerlerde, muhtar olmayacağından belediye başkanı kurulun üyesidir.

Bu kurul üç ayda bir toplanarak yöredeki sağlık sorunlarını ve bunlar için neler yapılması gerektiğini tartışır. Halk temsilcileri (liderleri) ile hizmeti verenler adına

sağlık ocağı hekimi, görüş alışverişinde bulunurlar. Birlikte karar alırlar. Böylece halk, sağlık programlarının yapılmasına fikren katılmış olur.

Yönetmeliğinin bulunmasına karşın, sağlık ocağı sağlık kurulları, birkaç örnek dışında, yaşama geçirilememiştir.

8. Sürekli hizmet : Sağlık hizmetleri, herkese her yerde ve her zaman verilmesi gereken hizmetlerdir. Bütün hastanelerimizde olduğu gibi, sağlık ocaklarında da günün her saatinde hizmet verilmesi bir ilkedir. Elbette, çalışma saatleri sonrasındaki hizmetler, acil hastaların bakımı olarak planlanmıştır. Bunu sağlayabilmek için de, sağlık ocaklarında çalışan personel için nöbet sisteminin işletilmesi gerekir.

9. İl içinde bütünlük : 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanuna göre “sağlık hizmetleri il içinde bir bütündür”. Bu ilke, uzun yıllar bir ildeki sağlık ocaklarının sınırları çizilirken, ilçe sınırlarının dikkate alınmayacağı biçiminde anlaşılmıştır. Yani sözgelimi, bir sağlık ocağına bağlı köylerden bir kısmı yönetim açısından bir ilçeye bağlı iken, diğerleri başka bir ilçeye bağlı olabilmekteydi. Dolayısıyla, ocak hekimleri, bu iki ilçeden hiçbirisine (hiçbir kaymakama) bağlı olmaksızın, doğrudan il sağlık müdürlüğü kanalı ile valiyeye bağlı olarak çalışıyorlardı.

Önceki hizmet modelinde, ilçe hükümet tabipleri, kaymakamın sağlık danışmanı olarak nitelendirilirdi. Bu kişiler, adları öyle olmamakla birlikte, “ilçe sağlık müdürü” gibi algılanırlardı. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modelinde, ilçeler dikkate alınmamakla birlikte, Sağlık Grup Başkanlıkları kurulmuştur. Bu başkanlıklar, yaklaşık 100.000 nüfusun yaşadığı (8-10 sağlık ocağı bölgesi) bölgedeki sağlık işlerinden sorumlu idiler ve il sağlık müdürlüğüne bağlı olarak çalışmaktaydılar. Sağlık grup başkanlığının sınırları da ilçe sınırlarına bağlı olmadan belirlenirdi.

Bu bağlantı, kaymakamların sağlık hizmetlerinin dışında kaldığı anlamına gelmez. Çünkü, sağlık hizmetleri yalnızca sağlık sektörünün yürütebileceği işler değildir. Diğer sektörlerle işbirliği yapılması esastır. Bunun yapılabilmesi ise, ancak, kaymakamların katkıları ile sağlanabilir. Kaldı ki, kaymakamlar “İlçe Hıfzıssıhha Kurulu” başkanı olduklarından zaten sağlık hizmetleri ile doğrudan ilgilidirler. Bu durum, uzun yıllar eleştirilmiş ve bu sistemin ülkemizdeki kamu yönetimi ilkelerine (İl İdaresi Kanununa) uymadığı savunulmuştur. Bu baskılar sonucunda, 1988 yılından bu yana, söz konusu ilkedeki fedakarlık edilerek, kaymakamların eskiden olduğu gibi (hükümet tabipliği sistemi) sağlık hizmetlerinden doğrudan sorumlu olmaları ilkesi benimsenmiştir. 1983 yılında 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun değiştirilen bazı maddeleri de bunu kolaylaştırmıştır. Bu değişikliklerle, kaymakamlar ilçedeki bütün memurların (sağlık ocağı personeli

dahil) sicil amirleri olmuş, ayrıca ilçede kurulan “Disiplin Kurulu”nun da başına getirilmişlerdir. Öte yandan, Sağlık Bakanlığı, her ilçede bir sağlık grup başkanlığı oluşturulmasına karar vermiştir. Bu da, yukarıda açıklandığı gibi sağlık hizmetlerinin “ilçe içindeki bütünleşmesine” yardımcı olmuştur.

Sağlık Ocaklarında Yapılan İşler

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modelinde temel birim sağlık ocaklarıdır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hizmetlerin yürütülmesine dair yönergeye (154 sayılı yönerge) göre sağlık ocaklarında verilecek hizmetler şunlardır:

- Ana ve çocuk sağlığı
 - İlk ve acil yardım
 - Aile planlaması
 - Okul sağlığı
 - Sıtma savaşı
 - Ücretsiz ilaçların dağıtımı
 - Verem savaşı
 - İlaç satımı
 - Frengi ve lepra savaşı
 - Hizmetiçi eğitim işleri
 - Trahom savaşı
 - İstatistik işleri
 - Çevre sağlığının düzeltilmesi
 - Yazı işleri
 - Halkın sağlık eğitimi
 - Ayniyat işleri
 - Aşı uygulamaları
 - Sosyal yardım işleri
 - Diğer bulaşıcı hastalıklarla savaş
 - Toplum kalkınması çalışmalarına yardım
 - Poliklinik hizmetleri
 - Gezi işleri
 - Evde hasta bakımı
 - Yapılması gerekli öteki işler
 - Laboratuvar işleri
 - Preparat, serum ve öteki materyalin gönderilmesi
-

Bölüm 2

POLİKLİNİK İŞLERİ

Poliklinik hizmetleri, sağlık ocaklarının günlük işlerindedir. Hasta muayeneleri, genellikle sağlık ocağı binasında yapılmakla birlikte, ocak dışında da yapılabilir. Bu nokta, sağlık ocağı hizmetleri açısından önemlidir. Özellikle kırsal bölgelerdeki ocak hekimleri belli bir program düzeni içinde, bölgelerindeki sağlık evlerini ve mümkün olduğu kadar da diğer köyleri ziyaret etmelidirler. Bu ziyaretler sırasında denetim ve yönetim işleri yanı sıra hasta muayenesi, izlenmesi gereken hastaların evlerinde ziyaretleri de yapılmalıdır.

Sağlık ocağında hasta muayenesi

Sağlık ocaklarında yürütülecek poliklinik hizmetlerinde bazı ilkelere uyma zorunluluğu vardır:

1. Muayene olmak üzere başvuran bütün hastaların muayenesi esastır.
 2. Bölge sınırları içinde yaşayan ve sağlık ocağına kayıtlı kişilerin muayenelerinde kişisel sağlık fişlerinin kullanılması gerekir. Bu hastalar için poliklinik defteri tutmaya gerek yoktur. Ancak, bu konuda değişik zamanlarda, farklı uygulamalar olmaktadır. En iyisi, il yöneticilerinin direktifleri doğrultusunda davranmaktadır.
 3. Bölge sınırları dışında yaşamakta olan hastalar “poliklinik defteri”ne kayıt edilmelidir.
 4. Mesai süresince poliklinik hizmeti vermek esas olmakla birlikte, sağlık ocaklarında yapılması gereken işin yalnızca hasta muayenesi olmadığı unutulmamalıdır. Bu nedenle, bölge halkının belirli saatlerde (örneğin sabahları saat 09:00-12:00 arası) başvurmaları bir alışkanlık haline getirilmelidir. Böylece, hekim diğer hizmetlerini yapmaya zaman bulabilir. Ancak, bu konuda zorlayıcı ve katı olunamaz. Hoşgörülü davranmak gerekir. Birden çok hekimin çalıştığı ocaklarda, bir hekimin öğleden sonraları da hasta muayene etmeye devamı sağlanabilir.
-

5. Hastaların bir düzen içinde muayenelerini sağlamak için, her hastaya bir sıra numarası vermek iyi olur.
6. Acil olanlarla, özellikle beş yaşından küçük çocuk hastalar bekletilmemelidir. Hastanın acil olup olmadığı, hekim ya da hemşire gibi bir diğer sağlık personeli tarafından belirlenebilir.
7. Kronik hastalığı olanların ya da hekim tarafından izlenmeleri gereken hastaların, polikliniğin kalabalık olduğu saatler dışında başvurmaları sağlanmalıdır. Bu hastalar randevu sistemi ile muayene edilebilirler.
8. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin verimli çalışabilmesinde laboratuvar olanaklarının iyi kullanılması esastır. Böylece, hastalık tanıları daha kesin olacak ve sevk oranı azalacaktır.
9. Sevk edilmesi gereken hastaların seçiminde titiz davranılmalı, gerekmeyen hastalar hastanelere sevk edilmemelidir.
10. Sevk edilen hastaların sonuçları izlenmeli ve ocak kayıtlarına geçirilmelidir. Bu, aynı zamanda ocak hekiminin kendisini değerlendirmesi için de gereklidir.

Sağlık ocağına bir hastanın başvurusu ile başlayan poliklinik işlemlerinin sırasına göre akış şeması Şekil 1’de gösterilmiştir.

Sağlık ocağı dışında hasta muayenesi

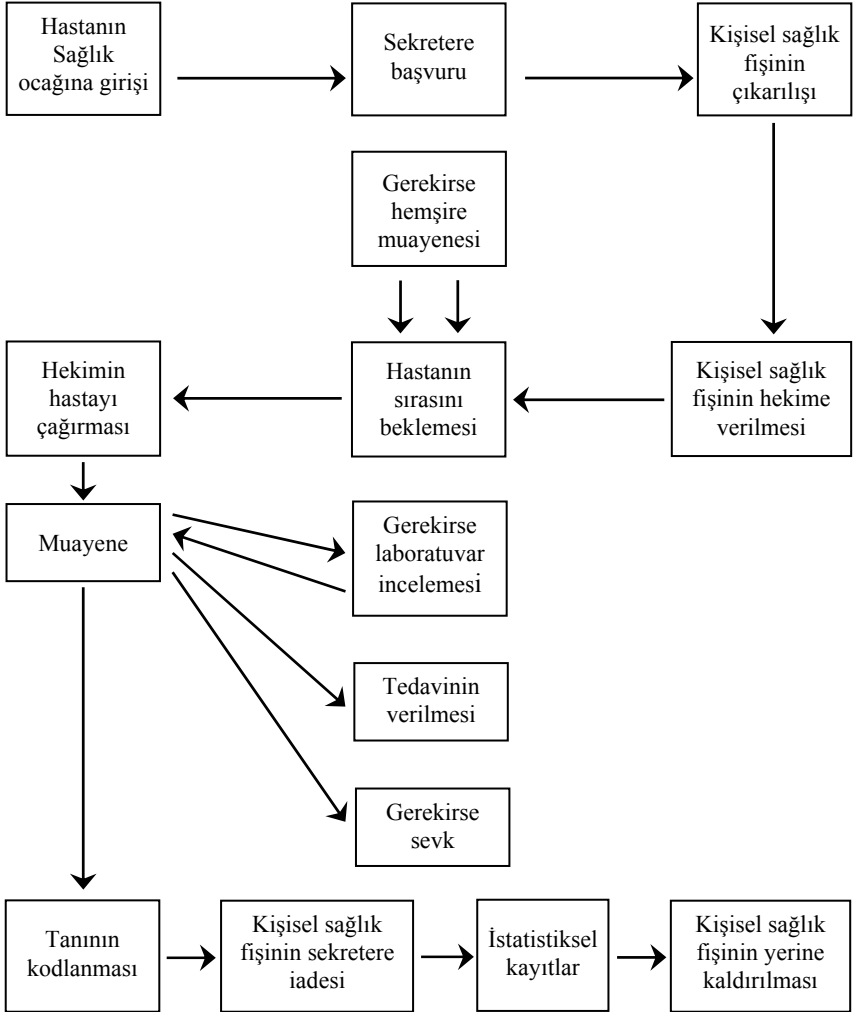
Hastalar, sağlık evlerinde, kendi evlerinde, köy odası gibi yerlerde de muayene edilebilirler. Sağlık ocağının bulunduğu yerleşim yerine ulaşımı güç olan yerlerde yaşayanların, sağlık ocağı hizmetlerinden daha az yararlandıkları birçok araştırma ile ortaya konmuştur. Bu kişilere hizmet götürebilmek için, haftanın belirli günlerinde, o yerleşim yerleri ziyaret edilmeli ve hastalar muayene edilmelidir. Hekimin hangi gün geleceğini bilirlerse, hastalar hekimi bekler ve muayene olma şansını kaçırmazlar.

Eğer ziyaret edilecek yerleşim yerinde bir sağlık evi varsa, muayeneler burada yapılır; Yoksa, köyde uygun olan bir binada hastalar kabul edilebilir. Bu bina, okul, köy odası yada uygun başka bir yer olabilir.

Köy ziyaretlerine başlanmadan önce, gerekli olabilecek bütün malzeme düşünülmeli ve birlikte götürülmelidir. Bunlar arasında, o köye ait kişisel sağlık fişleri, hasta muayenesinde kullanılacak tıbbi araçlar, baskül, ilaçlar, bağış ya da döner sermaye makbuzları sayılabilir. En iyisi, köy ziyaretlerinde kullanılacak

malzemenin içinde bulunduğu bir çantayı ya da kutuyu sürekli hazır bulundurmaktır.

Şekil 1: Poliklinik Akış Şeması



Not: Bölge dışından başvuranlara kişisel sağlık fişi çıkartılmaz, sıra numarası verilir.

Ziyaretler sırasında yapılan poliklinik çalışmaları da tıpkı sağlık ocağındaki gibidir. Muayene bulguları ve tedavi şeması kişisel sağlık fişlerine işlenir,

hastalıklar kodlanır ve dönüşte işlem görmek üzere tıbbi sekretere teslim edilir.

Ziyarete gidilen yerde yalnızca hasta muayenesi yapılmayacağından, diğer işleri (aşılama, çevre denetimi vb.) yapacak personel de birlikte götürülmelidir.

Çalışma saatleri dışında hasta muayenesi

Acil hastaların, çalışma saatleri dışında da muayeneleri gereklidir. Bu hastalar ya sağlık ocağına başvururlar ya da hekim hastanın bulunduğu yere gider. Her şeyden önce bilinmelidir ki, çalışma saatleri içinde ya da dışında, muayene olmak üzere başvuran hastaların muayene edilmeleri, yasaların olduğu kadar hekimliğin de gereğidir.

Ancak, bazı kişilerin hekimleri kötü kullanarak, çalışma saatleri içinde başvurabilecekleri halde daha sonra başvurdukları, ya da kendileri gelebilecekleri halde hekimi çağırdıkları bir gerçektir. Bu durumu önleyebilmek için, bazı kurallar konulmuştur. Mevzuata göre, hekimi götürmek üzere başvuran hasta sahibinden sağlık müdürlüğüne tesbit edilen bir ücret alınarak kendisine yakındaki bir sağlık kuruluşundan sağlanan döner sermaye makbuzu kesilir. Hasta yakını tarafından sağlanan bir araç ile gidilerek hasta muayene edilir. Eğer hasta gerçekten hekimin gelmesini gerektirecek durumda ise alınmış olan ücret iade edilerek makbuz iptal edilir. Aksi durumda iade edilmez.

Birden çok hekimin çalıştığı sağlık ocaklarında hekimler arasında uygulanacak nöbet sistemi, çalışma saatleri dışındaki hasta muayenesi işlerinin adilce yürütülmesini sağlayabilir.

Her şeye karşın, önemli olan halkla iyi ilişkiler ve kişilere yardımdır. Kaldı ki, hekime göre acil olmayan bir durumu hastalar acil olarak değerlendirebilirler. Ayrıca, kişi muayene edilmeden acil olup olmadığı anlaşılabilir. O nedenle, bütün başvuruları olgunlukla karşılayıp isteklerini yerine getirmek hekimliğe yararlı bir davranış olacaktır.

Hasta sevk

Sağlık ocağı koşullarında teşhis edilemeyen, ileri tekniklerle incelenmesi gereken ya da bir hastane bakımı gerektiren hastalar ikinci basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilirler. Bu sevklerin “Hasta Sevk Formu” (form 019) ile yapılması gerekir. Bu form iki kopyadır. Üstteki form doldurularak hastaya verilir. Alttaki form koçanda kalır.

Hastaya verilen form iki parçalıdır. Formun bir parçası sevk edilen yerdeki hasta dosyasında kalır, diğer parça ise hastanedeki hekim tarafından doldurularak sağlık

ocasına iade edilir. Hastanede kalacak olan ve ocak hekimi tarafından doldurulan parçada, hastanın yakınmaları, bulguları ve sevk nedeni ile ilgili açıklamalar vardır. Hastanede doldurulup iade edilen parçada, ise hastaya yapılanlar ve tedavi seması yer alır.

Hasta sevk formu, sağlık ocağı hekimi ile hastane uzmanı arasındaki iletişimi sağlar. Böylece, ocak hekimi hem hastayı evinde ve ayakta izleme olanağı bulur, hem de hastalıkla ilgili bilgileri ocak kayıtlarına geçirebilir. Ayrıca, bu bilgilerin geriye, sağlık ocağına ulaşması ocak hekiminin eğitimi için de yararlıdır.

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında çok önemli bir yeri olan sevk işlemleri, ne yazık ki gerektiği gibi yapılamamaktadır. Bu durumu düzeltmek ve sevk işlerini olmasa gerektiği gibi işletmek için ocak hekimlerine, hasta personeline ve yöneticilere görevler düşmektedir. Özellikle il sağlık müdürleri ve hastane başhekimleri bu konuda ellerinden geleni yapmalıdırlar.

Bu konuda sağlık ocağı hekimlerine de düşen görevler vardır. Bunların başında gerekmeden hastaların hastanelere sevk edilmemeleri gelir. Sevkler mutlaka Hasta Sevk formları kullanılarak yapılmalıdır. Hastalara sevk işlemi ve yararları hakkında bilgi verilmelidir. Hastaların hastanelerde hangi bakım ve tedaviyi gördükleri izlenmelidir. Gerekirse, bu amaçla hastane uzmanları ile ilişki kurulmalıdır. Bu konuda hastane yönetiminin ve il sağlık müdürlüğünün desteği sağlanmalıdır.

Sevk sisteminin iyi işletilmesinde birinci sorumluluk hastane yönetiminindir. Hastaların öncelikle sağlık ocaklarına başvurmalarını teşvik etmelidirler. Sevkle gelen hastalar hakkında sağlık ocaklarına mutlaka bilgi verilmelidir. Bunun için, hastanelerde doldurulan, sonra iade edilmesi gereken form parçası ya hasta ile geri gönderilebilir ya da bölgedeki sağlık ocağı elemanlarının bu parçaları alabilecekleri bir sistem (posta kutusu gibi) geliştirilebilir.

Bir sağlık ocağının sevk ettiği hastaların oranı, o sağlık ocağının hizmetlerinin verimliliği konusunda fikir verebilir. Yapılan çalışmalar, sağlık ocağına başvuran hastaların yaklaşık yüzde 10'unun sevk edilmesi gerekebileceğini göstermiştir. Bu oranın yüksek olması, o ocaktaki poliklinik hizmetlerinde aksamalar olduğuna işarettir. Bu aksamalar tanı imkanlarının yetersizliği ya da hekimlerin bu konuya gereken önemi vermemeleri sonucu olabilir. Ancak, salgın ya da bir endemik hastalığın yaygınlığının da sevk oranını arttırabileceği unutulmamalıdır.

Bölge dışı hastalar

Sağlık ocağı bölgesinde en az 90 gündür oturmakta olan kişiler o bölgenin halkından sayılır ocak kayıtlarına (Ev Halkı Tesbit Fişlerine) geçirilir. Bölgede misafir olanlar, (90 günden daha az süredir oturmakta olanlar) bölge dışında oturdukları halde o sağlık ocağında muayene olmak isteyenler “bölge dışı hastalar” olarak adlandırılırlar. Bu kişilerin kayıtları bulunmadığından kişisel sağlık fişleri de yoktur. Ancak, muayene edilen her hastanın kayıt edilmesi yasaların gereği olduğundan, bu hastalar “poliklinik defteri”ne kayıt edilerek muayene edilir.

Poliklinik defteri

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinden önce, hükümet tabipliklerinde, hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının polikliniklerinde poliklinik defterleri kullanılırdı. Bu defterlere muayene edilen hastalar, muayene oluş sıralarına göre kaydedilirlerdi. Bu hastaların başka kayıtları olmazdı. Çünkü, daha önceki örgütlenme modelinde nüfus tesbitleri yapılmazdı.

Poliklinik defterleri yıllardır tutulageldiklerinden, bazı kamu hizmetlerinin mevzuatına da girmiştir. Örneğin, hasta ücretlerini ödeyen kurumlar ve adli merciler bazı durumlarda hastanın poliklinik defterindeki sıra kayıt numarasını talep ederler. Oysa, sağlık ocaklarında bu defter yalnızca bölge dışı hastalar için tutulmaktadır. Çünkü, asıl olan kişisel sağlık fişleridir. Bu fişlere yazılı bilgiler kaybolmaz, istenildiği zaman kolaylıkla bulunabilir ve en önemlisi, hastanın her başvurusunda hekimin o kişinin geçmişteki sağlık durumu, izlediği tedavi gibi bilgileri görebilmesini sağlar. Poliklinik defterlerinin tutulmadığı tek kuruluş sağlık ocakları da değildir. Bazı üniversite hastanelerinde de böyle bir defter tutulmaz, bilgiler hastalara ait dosyalara kayıt edilir.

Ancak, zaman zaman Sağlık Bakanlığı’nca, sağlık ocaklarında kişisel sağlık fişleri ile birlikte poliklinik defterlerinin de tutulması istenilmektedir. Bunun başlıca iki nedeni vardır: İlki, her sağlık ocağında nüfus tesbitlerinin sağlıklı bir biçimde ve tam olarak yapılamamış olmasıdır. İkinci neden ise, adli mercilerin bu konudaki ısrarları olabilir.

Bu ikilemenin düzeltilebilmesi, her şeyden önce, bütün sağlık ocaklarında nüfus tesbitlerinin uygun yapılmasına bağlıdır.

Laboratuvar incelemeleri

Bütün sağlık ocaklarında en az yapılabilecek laboratuvar incelemeleri Sağlık Bakanlığı’nca belirlenerek gereken araç ve gereçler sağlanmıştır. Eksik olanlar, il

sağlık müdürlükleri aracılığı ile tamamlanmalıdır. Buna göre, her sağlık ocağında şu incelemeler yapılmalıdır:

Kanda

- hemoglobin tayini
- lökosit sayımı
- eritrosit sayımı
- periferik yayma incelemesi
- sedimentasyon

İdrarda

- dansite tayini
- protein arama
- şeker arama
- bilirubin arama
- idrar sedimenti muayenesi

Dışkıda

- parazit arama
- gizli kan arama

Bunun yanı sıra, boyama yöntemi ile sürüntülerin (boğaz, balgam, vajen, püý gibi) mikroskopik muayeneleri de yapılabilir.

Bu laboratuvar incelemeleri ile bir çok hastalığın tanısı konulabilir. Ancak, bazı büyük sağlık ocakları, ek kaynaklar da yaratarak, bazı biyokimya testlerini yapabilecek araçları sağlamışlardır. Bazılarında ise röntgen, EKG gibi tanı yöntemlerine de başvurulabilmektedir. Bazı sağlık ocakları da, mikrobiyolojik kültür olanağına kavuşmuşlardır. Bu ocaklar yanı başlarındaki hastanelerin olanaklarını kullanıyor olabilecekleri gibi, bu olanakları kendileri de yaratmış olabilirler. Sözgelimi, bazı yörelerde, sağlık ocaklarında altına boğaz ve dışkı kültür örnekleri, içinde spor bulunan özel taşıma kapları içinde en yakın hastaneye ya da halk sağlığı laboratuvarına ulaştırılarak ekilmekte ve sonuçlar sağlık ocaklarına bildirilmektedir. Bu sistem bir çok yerde uygulanabilir.

Sağlık ocaklarında laboratuvar incelemeleri aslında hekimler tarafından yapılabilir. Ancak, poliklinik hizmetlerin yoğun olduğu ocaklarda hemşire, sağlık memuru, ebe ya da varsa laboratuvar teknisyeninden yardım alınabilir. Laboratuvar teknisyeni dışında bir eleman kullanılacaksa, bu kişinin seçilip uygun bir süre eğitiminin sağlanması iyi olur. Bu eğitim yakındaki bir hastanenin laboratuvarında ya da sağlık müdürlüğünce uygun görülecek bir yerde yapılabilir.

Laboratuvarda kullanılan miyarlar da yakındaki bir hastaneden ya da yöneticilerin uygun görecekları yerlerden sağlanmalıdır. Bu miyarların bazıları sağlık ocağı koşullarında da hazırlanabilir. Miyarların yokluğu, laboratuvar işlerinin aksatılmasına mazeret olamaz. Unutulmamalıdır ki, çağımızdaki tıp uygulamalarında, laboratuvar desteği hekimliğin vazgeçilemez bir koşuludur.

Hastalık kodlamaları

Sağlıkla ilgili planlar yapabilmek, halkın sağlık düzeyini ölçebilmek ve hizmetlerdeki gelişmeyi değerlendirebilmek için istatistiklere, bu istatistikleri elde edebilmek için de bilgiye gerek vardır. Hastalık istatistikleri (morbidity istatistikleri) için bilgi kaynaklarının başında yataksız ve yataklı sağlık kuruluşları gelir. Bu nedenle, dünyanın her yerinde olduğu gibi ülkemizde de bütün sağlık kuruluşlarında, hastalıklarla ilgili bilgiler toplanmakta ve değerlendirilmektedir.

Toplanacak bilgilerin diğer kuruluşlarla, önceki yıllarla ve diğer bölge ve ülkelerle kıyaslanabilir olabilmesi için, standart olması gerekir. İşte bu standardizasyon Dünya Sağlık Örgütü tarafından düzenlenmiş ve hastalıkların sınıflandırılması yapılmıştır. Böylece hastalıkların kodlanmaları için listeler ortaya çıkmıştır. Değişik kademelerdeki sağlık kuruluşlarında ve değişik amaçlarla kullanılmak üzere çeşitli kodlama listeleri geliştirilmiştir.

Ülkemizde bazı eğitim hastanelerinde 999 başlıklı, ikinci basamak hastanelerde ve sağlık ocaklarında 150 başlıklı listeler kullanılır. 999 başlıklı liste hastalıkların en ayrıntılı biçimde sınıflandırıldığı listedir. (Not: Yakın zamana kadar sağlık ocaklarında hastalıklar 17 başlıklı listeye göre kodlanırdı. Bu liste, hastalıkları tuttukları sistemlere göre gruplayan, çok kaba bir sınıflandırma idi. Artık, bütün sağlık ocaklarında 150 başlıklı A listesi kullanılmaktadır) (Bkz. EK 1).

Kişisel sağlık fişlerinde, hastalık tanısının yazıldığı yerin hemen yanında, hastalığın kodunun yazılması gereken bir kutucuk vardır. Hekim, hastaya koyduğu her tanının kodunu bu bölgeye yazmalıdır. Daha sonra, bu kodlar, tıbbi sekreter tarafından özel formuna geçilecektir.

Hastalık kodlamalarında şu noktalara dikkat edilmelidir:

1. Bir hastaya birden çok tanı konulabileceği için, her hastalık ayrı ayrı kodlanmalıdır.
2. Hekim hastalık kodlama listesini masasının üzerinde ya da çekmecesinde bulundurmalıdır. Bazı hekimler, bir süre sonra bu listeyi ezberlediklerini varsayarak hatalar yapabilmektedir.

3. Kodlamalar hekim tarafından yapılmalı, tıbbi sekretere ya da bir başkasına bırakılmamalıdır. Böyle yapılırsa, hatalar olabilir.
4. Sekreterin hazırladığı aylık istatistik çizelgeleri mutlaka hekim tarafından kontrol edilmelidir.

Bildirimi zorunlu hastalar

Yukarıda hastalık istatistiklerin önemine ve gereğine değinilmişti. Hastalıklar arasında bazıları vardır ki, bunlar hakkında elde edilecek bilgiler daha fazla önem taşır. Bu grup hastalıkların başında bulaşıcı olanlar gelir. Bu hastalıklar hakkında bilgi toplama işleri yasal olarak düzenlenmiştir.

Ülkemizde, görüldüklerinde kesinlikle bildirilmeleri gereken hastalıkların hangileri olduğu 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 57. maddesinde belirtilmiştir. Bu grup hastalıklara “Bildirim Zorunlu Hastalıklar” denilir. Bu listedeki hastalıkları liste dışına çıkartmak, yani bildirimlerini zorunlu olmaktan çıkartmak yasal olarak mümkün değildir. Fakat, aynı yasanın bir başka maddesi gereğince, Sağlık Bakanlığı gerek görürse, bu listeye başka hastalıklar ekleyebilir. İşte, eklenen bu hastalıklara “Bildirim İhtiyarı Hastalıklar” denilir. Bu terimdeki “İhtiyarılık” isteyen kuruluş bildirir, istemeyen bildirmez anlamında değildir. Sağlık Bakanlığı'nın isterse, bu hastalıkları bildirim zorunlu hastalık listesinden çıkartabileceği anlamındadır. Sözelimi, yasada belirtilen listede AIDS hastalığı yoktur. Fakat bu hastalık Sağlık Bakanlığı tarafından bildirim zorunlu hastalıklar listesine dahil edilmiştir (Bildirim Zorunlu Hastalıklar listesi EK 2'dedir).

Hastalık bildirimleri yalnızca istatistikleri hazırlayabilmek için yapılmaz. Bu bildirimler sonucunda kontrol önlemleri alınmalıdır. Sözelimi, bir difteri olgusunun bildirilmesi, bütün sağlık örgütünü hareket geçirmeli ve bu hastalıkla ilgili sürveys ve önleme çalışmaları başlatılmalıdır.

Kimlerin hastalıkları bildirmekle sorunlu oldukları Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda yazılıdır. Bu kişiler arasında resmi ve özel bütün hekimler ve diğer sağlık çalışanlarından başka; apartman, okul, fabrika, imalathane, ticarethane, dernek, otel, pansiyon, han, hamam, hapishane sahip ve yöneticileri, köy yöneticileri, ölü yıkayıcıları, gemi kaptanları gibi birçok kişi vardır. Sağlık sektörü dışında olan kişiler kuşkulandıkları durumlarda, hastalık bildirimlerini en yakın sağlık kuruluşuna yaparlar. Bu arada, sağlık ocaklarına da hastalık bildirimleri yapılabilir. Böyle bir durumla karşılaşıldığında, ocak hekiminin önce bildirim doğruğunu araştırması, sonra da gerekli önlemleri alıp olayı sağlık grup başkanlığına ya da il sağlık müdürlüğüne iletmesi gerekir. Ancak, günümüzde, sağlık sektörünün dışından yapılan bildirimler yok denilebilecek düzeydedir.

Süre açısından üç türlü bildirim vardır: Günlük, haftalık ve aylık bildirimler. Günlük bildirimler, bildirimleri uluslararası zorunlu olan hastalıklar içindir. Bu hastalıklar; çiçek (eradike edildi), kolera, tifüs (bitle geçen), veba, sarıhumma, enfluenza (grip) ve humma racia (bitle geçen) dir. Bu hastalıklardan birisi görüldüğünde hiç vakit kaybetmeden, aynı gün içinde bir üst makama bildirim yapılmalıdır. Bu bildirim yazılı olacaktır. Fakat gerekli görülürse, yazının ulaşmasını beklemeden, telefon ya da diğer yollarla haber iletmekte yarar vardır.

Diğer hastalıkların bildirimleri, haftalık olarak yapılır. Bir hafta süresince tesbit edilen hastalar “Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Tesbit Formu” (Form 016) doldurularak sağlık müdürlüğüne iletilir.

Aylık bildirimler ise, bir ay içindeki haftalık bildirimlerin toplamından başka bir şey değildir. Aylık bildirimler “Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Çizelgesi” (Form 017) ile yapılır. İl sağlık müdürlükleri, ilde görülen bulaşıcı hastalıkları Sağlık Bakanlığı’na aylık olarak bildirir.

Muayene Ücretleri

Yasal olarak, sağlık ocaklarında muayeneler ve hayat kurtarıcı ilaçlar ücretsizdir. Sevk edildikleri takdirde hastalar, hastane bakımı için de ücret ödemezler. Buna karşılık sevsiz olarak, hastanelere doğrudan başvurular, hastane bakım ücretlerini karşılamak zorunda kalırlar.

Yasanın bu düzenlemesine karşın, sağlık hizmetlerine devlet bütçesinden ayrılan pay yıllar boyunca düşük kaldığından, ocak hizmetlerinin yürütülmesinde bazı sıkıntıların olduğu ve bazı ek gelir kaynaklarına ihtiyaç duyulduğu bir gerçektir. Bu ihtiyacı karşılayabilmek için hemen bütün yurttta, dernekler ve vakıflar kurulmuştur. Bu gönüllü kuruluşlar aracılığı ile toplanan bağışlar sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesi için kullanılmaktadır. Bunlar arasında en yaygın olanı Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı’dır.

Sağlık ocaklarına muayene olmak ya da başka bir işlem için başvuran kişilerden bu vakıf yada derneklere bağışta bulunmaları istenilmektedir. Halkımızın büyük çoğunluğu talep edilen bağışları severek yapmaktadır. Ancak bilinmesi gerekir ki, bağışlar tamamen gönül rızası ile olmalı, hiçbir biçimde zorlama yapılmamalıdır. Bağış yapmak istemeyen kişilerin muayene ve bakımlarının ücretsiz olarak yapılmaları yasa gereğidir.

İlaç Sağlama

Sağlık ocaklarında iki türlü ilaç bulunabilir. Bir grup ilaç acil ve hayat kurtarıcı olduklarından, Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanıp gönderilen ve gereken hastalara ücretsiz olarak verilen ilaçlardır. Bunlar arasında fakir hastalara verilmek üzere gönderilen antibiyotikler, ağızdan şeker ve tuz eriyikleri (ORS), antipiretikler vb. ilaçları saymak gerekir. Hekim, uygun gördüğü kişilere bu ilaçlardan verilmesini, bir reçete ile sağlık ocağı sekreterinden ya da varsa eczacısından ister. Verilen ilaçlar ambar defterine kaydedilir.

Sağlık ocaklarında satılan ilaçlar da bulunabilir. Bunlar, döner sermayesi bulunan yakındaki bir sağlık kuruluşundan sağlanan ilaçlardır. O döner sermayenin belirli bir miktarı ocak ihtiyaçları için harcanır. Geriye kalan para, harcamayı belirten faturalarla birlikte döner sermaye saymalığına teslim edilir. Toplanan paranın ne kadarının sağlık ocağında harcanmasına izin verileceği, ilgili döner sermaye saymalığı ile yapılacak anlaşmaya bağlıdır.

Ancak, Eczacılık Kanunu gereğince, eczane bulunan bir yerin 5 km. yarıçapı içinde bir başkası ilaç satamaz. O nedenle, döner sermayeden sağlanan ilaçlar, eğer sağlık ocağının bulunduğu yerde eczane varsa, satılamaz. Fakat köy gezileri sırasında 5 km. dışına çıkılıyorsa, satılabilir. Bu yöntemle hastaların ilaçlarını sağlamak için kente gitmelerine gerek kalmaz ve bir an önce tedavilerine başlanılmış olur.

Hastalık raporları

Hastaların dinlenmelerini sağlamak yada sağlam kişilerle temas edip onlara hastalık bulaşturmalarını önlemek amacıyla raporlar verilebilir. Pratisyen hekimler tek imza ile 20 güne kadar rapor verebilirler. Daha uzun süre rapor gerekli ise, raporun "sağlık kurulları" tarafından verilmesi gerekir. Aynı hastanın rapor süresini uzatmak gerektiğinde, raporun resmi bir yataklı sağlık kuruluşu tarafından düzenlenmesi gerekir. Ancak, yakında böyle bir kuruluş yoksa ya da ulaşım mümkün değilse, tek hekim ikinci kez 20 günlük rapor verebilir. Bu durumda, ulaşım koşullarının elverişsizliğinin yerel mülkü amirden (kaymakam) alınacak bir yazı ile belgelendirilmesi gerekir. Bu tür raporların il sağlık müdürlüğünün belirleyeceği bir sağlık kurulunca onaylanması gerekecektir.

O yerleşim yerinde ve ulaşabilecek bir yerde hekim yoksa, sağlık ocağının hemşiresi, sağlık memuru yada ebesi 7 güne kadar rapor (müşahadename) vermeye yetkilidir. Bu durumda da raporun sağlık müdürlüğünce belirlenecek kurul tarafından onaylanması gerekir.

Bilinmesi gereken bir nokta da, raporların geçerli olabilmesi için, raporu hasta olan memurun amirinin onaylamasının gerektiğidir.

Hekimler zaman zaman gerekmediği halde rapor talepleri ile karşılaşabilirler. Hasta olmayan bir kişiye hasta olduğunu belirtir rapor verilmesinin sahte evrak dzenleme suçu oluşturacağı unutulmamalıdır. Özellikle, geğmiş tarihleri kapsayan raporlar kesinlikle verilmemelidir.

Bölüm 3

ANA ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİ

Ana ve çocuk sağlığı (AÇS) hizmetleri ülkemizin öncelikli alanlarından. Bu arada, ana terimi 15-49 yaşları arasındaki kadınları, çocuk terimi ise 0-6 yaşları arasındaki çocukları anlatır.

Türkiye nüfusundaki kabaca beşte birini doğurgan çağıdaki kadınlar (15-49 yaş grubu), beşte birini de 0-6 yaşları arasındakiler oluşturur. Yani, AÇS hizmetleri nüfusumuzun % 40'ına götürülen hizmetlerdir.

Ana sağlığı hizmetleri denildiğinde üreme sağlığı ile ilgili hizmetler anlaşılır. Bunlar arasında, doğurganlık çağına gelenlerin gebelik ve çocuk bakımı konularında eğitilmeleri, gebelik dönemlerinin sağlıklı olarak geçirilebilmesi için önlemlerin alınması, doğumların ehliyetli kişilerce ve emin bir şekilde yaptırılması, doğum sonrası dönemle ilgili sorunların çözülmesi gibi işler sayılabilir. Aile planlaması hizmetleri ayrı olarak ele alınmakla birlikte, aslında ana sağlığı hizmetlerinin bir parçasıdır.

Çocuk sağlığı hizmetleri ise, 0-6 yaşları arasındaki çocuklara verilen hemen bütün sağlık hizmetlerini içerir. Ancak özellikle bağışıklama, büyüme ve gelişmenin izlenmesi, beslenmenin iyileştirilmesi, ishalin ve solunum yolları hastalıklarının kontrolü gibi, toplumdaki çocuk sağlığı düzeyini en çok etkileyen durumlarla ilgili hizmetler öncelikle akla gelir.

Ülkemizde ana ve çocuk sağlığı düzeyini ifade eden göstergelerin, ülkenin genel kalkınmışlık düzeyi ile bağdaşmadığı konusunda yaygın bir kanı vardır. Bu göstergeler özellikle kırsal yerlerde ve gecekondu bölgelerinde kötüdür. O nedenle, ana ve çocuk sağlığına ilişkin programların çoğu bu yörelerimize yöneliktir ve sorunun çözümünde temel görev, birinci basamak sağlık kuruluşlarına düşmektedir. Sağlık ocaklarının görevleri arasında ana ve çocuk sağlığı hizmetlerine ağırlık verilmesinin nedeni de budur.

Ana sağlığı hizmetleri

Sağlık ocaklarında yurutedilen ana sağlığı hizmetleri beş grupta incelenebilir: 1. Gebelerin izlenmesi, 2. Doğumların uygun koşullarda yaptırılması, 3. Doğum sonu izlemleri, 4. Doğurgan çağdaki kadınların izlenmesi, 5. Aile planlaması.

Gebelerin izlenmesi : Gebe izlemlerinin temel amacı, gebelikle ilgili risk faktörlerinin belirlenmesi, gebelik komplikasyonlarının erken tanı ve uygun tedavilerin sağlanmasıdır. Doğum öncesi bakımın (gebelerin izlenmesinin) amaçları şunlardır.

1. Gebede daha önce var olan ya da gebelik sırasında ortaya çıkan sağlık sorunlarını teşhis ederek tedavi etmek. Böylece, gebenin genel sağlık düzeyini iyileştirmek,
2. Gebeliğe bağlı olarak ortaya çıkabilecek olumsuz durumları erken dönemde teşhis ederek anneyi ve doğacak bebeği korumak,
3. Gebeyi, sağlıklı gebelik, doğuma hazırlık, çocuk bakımı ve doğumdan sonra uygulayacağı aile planlaması konularında eğitmek,
4. Gebeyi tetanosa karşı aşılamak,
5. Fetüsün durumunu izleyerek, olumsuzluk varsa tesbit edip ortadan kaldırmaya çalışmak,
6. Doğumun nerede ve nasıl yapılacağına karar vermek.

Gebelerin izlenebilmeleri için, önce sağlık ocağı personeli tarafından tesbit edilmeleri gerekir. Gebelerin tesbiti bütün sağlık ocağı personelinin görevi olmakla birlikte, bu iş öncelikle ebelerin sorumluluğundadır.

Ebeler, günlük isleri sırasında, gebeleri ya da çocukları izledikten sonra, görüştükleri ailelere şu soruları yöneltmelidirler:

- Çevrenizde, bu bölgeye yeni yerleşen aile var mı?
- Bu yerleşim yerinden ayrılan aile biliyor musunuz?
- Çevrenizde, son zamanlarda ölen kişi oldu mu?
- Çevrenizde, yeni doğum yapan kadın oldu mu?
- Çevrenizde, gebe olan var mı?

Bu soruların amacı, bölge nüfusundaki değişmeleri izlemek, yeni gebeleri ve çocukları tesbit etmektir. Eğer, bölgeye yeni taşınan aile varsa, bu aileler ziyaret

edilerek nüfus tesbitleri yapılır. Ayrıca doğurgan çağındaki kadınlar, gebeler ve çocuklar tesbit edilir. Gebe oldukları ileri sürülen kadınlar da ziyaret edilerek, gerçekten gebe iseler tesbitleri yapılır.

Aslında ebeler, “15-49 yaş evli kadın izleme formu”nu kullanarak da yeni gebeleri bulabilirler (Bu form hakkında daha sonra bilgi verilecektir).

Ebe, gebeleri olabildiğince erken dönemlerinde tesbit etmeli ve tesbit ettiği her gebe için bir “gebe izleme ve muayene fişi” çıkartmalıdır. Bazı yerlerdeki ebeler, çocuk kalp sesleri duyulmadan gebeye izleme fişi çıkartmazlar. Bunun nedeni, gebeliğin kesin tanısının çocuk kalp seslerinin (ÇKS) duyulması olmasıdır. Ancak bu uygulama, ilk trimesterdeki gebelerin gözden kaçması ve izlenmemesi gerektiği anlamına gelmez. Bu uygulamanın olduğu yerlerde, tesbit edilen gebeler fiş çıkartılmadan izlenir, ÇKS’nin duyulmaya başladığı gebeliğin dördüncü ayında fişleri çıkartılır. Aslında, böyle bir uygulamaya gerek yoktur. Hangi ayında olursa olsun, gebe olduğu belirlenen her kadın için bir “gebe izleme ve muayene fişi” çıkartılmalıdır. Daha sonra, gebe olmadıkları kesinlik kazananlar olursa, fişleri iptal edilir. Unutulmaması gereken şey, gebeliğin ilk trimesterinin sağlık açısından önemli olduğu ve gebelerin mutlaka bu dönemde de izlenmeleri gerektiğidir.

154 sayılı Yönergeye göre, gebelerin gebelikleri boyunca en az 13 kez izlenmeleri gerekir. Ancak, şimdiye kadarki uygulamalar bunun mümkün olmadığını göstermiştir. Aslında, normal giden bir gebeliğin bu kadar sık izlenmesine de gerek yoktur. Gebelerin sık izlenmelerinden çok, izlemelerin niteliği önemlidir. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı, 1986 yılından başlayarak izlem sayılarını 6’ya indirmiştir. Buna göre gebelerin izlem sıklıkları şöyle olmalıdır:

- İlk trimesterde tesbit
- 24 üncü haftada (6.ay) izleme
- 28 inci haftada (7.ay) izleme
- 32 nci haftada (8.ay) izleme
- 36 ncı haftada (9.ay) izleme
- 39 uncu haftada (10.ay) izleme ve doğum

Bu izlem sayıları normal gebeler içindir. Riskli gebelerin daha sık ziyaret edilmeleri gerekeceği açıktır.

İzlemler kentsel yerlerde sağlık kuruluşlarında, kırsal yerlerde ise, sağlık personeline (ebe, hemşire, hekim) evlerde yapılabilir. Kırsal yerlerde de, eğer gebelerin sağlık ocaklarına ya da sağlık evlerine gelmeleri sağlanabilirse, izlemler buralarda yapılabilir. Ancak kırsal bölgelerde, kadınların izlemleri aksatabilecekleri akıldan çıkarılmamalıdır. Başvurmayan gebeler kendi

sağlıklarına daha az önem veren kadınlar olabilir. Böyle kişiler aynı zamanda toplumun alt sosyal tabakalarını oluşturan kişilerdir. Bu kişilere riskli gebelik olasılığı daha fazladır. Dolayısıyla, kendisi başvuran gebelerden daha öncelikle, başvurmayanların izlenmeleri gerekir. Böyle kişileri evlerinde ziyaret ederek izlemek iyi olur.

Gebelerin izlenmeleri ile ilgili olarak ocak hekimlerine düşen önemli görevler vardır:

1. Bir bölgedeki doğum hızı, o bölgede ne kadar gebe olabileceği hakkında fikir verir. Sözgelimi, doğum hızının binde 30 olduğu 10.000 nüfuslu bir bölgede her an izlenmesi gereken yaklaşık 300 gebe olması beklenir. Eğer, ebelerin tesbit ve takip ettikleri gebe sayısı bu rakama yakın değilse, gebelerin hepsi tesbit edilememiş demektir. Böyle bir durumda hekimin önlem alması gerekir.
2. İzlemlerde, gereken muayene ve incelemeler titizlikle yapılmaz ise, izlemler yalnızca bir görevi tamamlamış olma anlayışı içinde yapılırsa hiçbir yarar sağlamaz. O nedenle ocak hekiminin, izlemlerin niteliğinden emin olması gerekir. Bu nedenle, zaman zaman ebeleri iş başında denetlemekte ve gebe izlem ve muayene fişlerini kontrol etmekte yarar vardır.
3. Ebelerin gebelik konusunda hizmetiçi eğitimleri de hekimin sorumluluğundadır. Hekim, eğitim teknikleri kullanarak ebelerin bilgi ve becerilerini arttırmalıdır.
4. Aşısı bulunmayan gebelerin tetanos hastalığına karşı aşılanmaları sağlanmalıdır.
5. Her ebenin bir gebe izleme çantasının bulunması gerekir. Bunları sağlamak ocak hekimlerinin görevlerindedir. (Gebe izlem çantasında bulunması gereken araç-gereç listesi için bkz. EK 3)

Doğumların yaptırılması : Ana sağlığı programlarının bir hedefi de, doğumlarının tümünün ya sağlık kuruluşlarında ya da evlerde sağlık personeli yardımı ile olmasını sağlamaktır. Özellikle, riskli gebelerin önceden belirlenerek doğumlarını sağlık kuruluşlarında yapmalarını sağlamak ana sağlığı hizmetlerinin başlıca amaçlarındandır. Bunu sağlayabilmek için, her şeyden önce gebelerin tesbit edilip izlenmeleri gerekir.

Doğumlarını hastanelerde yapmaları gereken kadınlara ve yakınlarına, durum açıkça belirtilmeli ve bu yapılmadığı takdirde karşılaşılabilecekleri sorunlar

açıklanmalıdır. Bu kişiler doğumlarına yakın dönemlerde bir kez daha ziyaret edilerek hastaneye gitmeleri hatırlatılmalıdır. Bazı durumlarda, sağlık evi ya da sağlık ocağı ebesinin de gebeyle birlikte hastaneye gitmesi gerekebilir. Ebe birlikte gidemeyecekse, gebeye hastanedeki uzmanlara verilmek üzere riskli durum ve sevk edilmesinin nedenini açıklayan bilgiler yazılı olarak verilmelidir.

Doğum, fizyolojik bir olay olmakla birlikte, riskli ve normal dışı doğumlar annenin ve bebeğin yaşamını tehlikeye atabilir. O nedenle, ebelerin her türlü doğuma müdahale edebilecek bilgi ve beceriye sahip olmaları gerekir. Ne yazık ki ebelik eğitimi veren okullarımızın bu bilgi ve beceriye kazandırabilecek düzeyde oldukları söylenemez. Bu deneyimleri görevleri sırasında kazanmak durumunda olan ebelere destek vermek gerekir. Ocak hekimlerinin, ilk kez birlikte çalışmaya başladıkları ebeleri (ve diğer personeli), gebelik ve doğum konularında sınamaları (denetlemeleri) iyi olur. Yetersiz bilgi ve becerileri olanlar için hizmetiçi eğitim programları planlamalı, gerekenler yakındaki bir hastanede eğitilmelidir. Aslında, bütün ebelerin, zaman zaman hizmetiçi eğitimden geçirilmeleri iyi olacaktır.

Ebeler, izlemekte oldukları bütün gebelere adreslerini, varsa telefonlarını ve kendilerine nasıl ulaşabileceklerini önceden belirtmelidirler. Böylece acil bir durumda, danışmak istediklerinde ya da doğum ağrıları başladığında, aile kolayca ebeyle ulaşabilir.

Ebeler, yıllık izin gibi nedenlerle çalıştıkları yeri terk edeceklerse, izlemekte oldukları gebelerin hangi ebeden ya da kimlerden yardım isteyebileceklerini bildirilmelidirler. Aslında, her sağlık ocağında, böyle durumlarda, hangi ebinin hangi gebelerden ya da yerleşim yerlerinden sorumlu olacaklarını gösterir bir liste önceden belirlenmelidir.

Her ebinin, özellikle kırsal bölgelerde çalışanların, birer doğum çantasının bulunması gerekir. Bu çantaları sağlamak, ocak hekiminin görevlerindedir. (Doğum çantasında bulunması gereken malzeme listesi için bkz. EK 4)

Doğum sonu izlemleri : Lohusalık dönemindeki (doğumdan sonraki 6 hafta) izlemler, hem anne hem de bebeklerin izlenmeleri için yapılır. Doğum yapan her anne ertesi gün, en geç doğumdan sonraki ikinci gün ziyaret edilmelidir. Bu ziyarette, bebeğin durumu ile annedeki enfeksiyon, kanama, ateş, memelerin durumu gibi kontroller yanı sıra, annenin ve evdeki diğer etkili kişilerin (kaynana gibi) çocuk bakımı konularında eğitimleri ve psikolojik destek sağlanması gerekir. Bu konu, özellikle ilk doğumunu yapan ve genç anneler için önemlidir.

Gebe izlem kartları, lohusalık dönemindeki izlem bulgularını da içermelidir. Bu kartlar, ancak bu tarihten sonra işlenmez ve uygun biçimde zarflanarak önceki kartlarla birlikte depoya kaldırılır. Bu kartlar atılmamalıdır. İleride, ya o anne ile

ilgili bir bilgi gerektiğinde ya da sağlık ocağındaki çalışmaların değerlendirilmesi gibi incelemelerde yeniden kullanılabilir.

Doğurgan çağdaki kadınların izlenmeleri : Eğitim bölgelerinde başlatılan bu uygulama daha sonra bütün ülkede uygulamaya sokulmuştur. Buna göre, her sağlık ocağında 15-49 yaşları arasındaki her evli kadın 4 ayda bir (yılıda 3 kez) ebeler tarafından ziyaret edilir. Ziyaretlerde 15-49 yaş evli kadın izleme formunda yer alan durumlar soruşturulur ve kayıt edilir. Bu bilgiler kadının gebelik tarihçesi ve aile planlaması uygulamaları hakkındadır. Böylece, bölgedeki doğurgan çağdaki bütün evli kadınlar hakkında bilgi elde edilmiş olur. Bu formun üç yararı vardır: Gebeler erken dönemlerinde tesbit edilerek izlenmeye başlanabilir, riskli gebeliğe aday olan kadınlar önceden belirlenir ve aile planlaması konusunda hizmet verilmesi gereken kadınlar saptanmış olur.

Bu uygulamanın, zahmetli olduğu gerçektir. Ancak, ana sağlığı hizmetlerinin başarısı açısından ve özellikle aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması yönünden son derece yararlı ve gerekli bir uygulama olduğu unutulmamalıdır. Ocak hekimlerine bu uygulamanın başarıyla yürütülmesinde önemli roller düşmektedir.

Aile planlaması hizmetleri : Türkiye'nin belki de birinci öncelikli sorunu, aşırı doğurganlıktır. Aşırı doğurganlık bir ekonomik sorun olduğu kadar, aynı zamanda bir sağlık sorunudur. Ekonomistler, nüfus artış hızını kontrol ederek ekonomik gelişmeyi hızlandırmayı, o nedenle de aile planlaması yöntemlerinin uygulanmasını isterler.

Ancak aşırı doğurganlığın kontrolü çalışmaların asıl gerekçesi, çok (4 doğum üzeri) ve sık (24 aydan kısa) doğumların yanı sıra, çok erken (20 yaş altı) ve çok ileri (35 yaş üzeri) yaştaki doğumların, annelerin ve çocukların sağlığını olumsuz olarak etkilemesidir.

Aile planlamasının bu iki yönü, görsel ve yazılı basında tartışılmaktadır. Bu tartışmalar, bazı kişilerce yanlış algılanabilir. Bu işin ekonomik yönüne inananmayan kişiler, aile planlamasını yapılmaması gereken bir uygulama olarak algılayabilirler. Sonuçta da aile planlaması çalışmaları olumsuz olarak etkilenebilir.

Sağlıklılara düşen görev, bu işin sağlık gerekçeleri ile yapılıyor olduğunu ailelere açıklamak, aile planlamasının, kendi sağlıklarını korumak için yapıldığı konusunda aileleri inandırmaktır. Her sağlıklı kişinin, aile planlaması hizmetlerinin amacını ve gerekliliğini çok iyi bilmesi gerekir. Özellikle, aile planlaması hizmetlerinin yürütülmesinde ailelerle yüz yüze temas halinde olan ebelerin ve

hemşirelerin, bu konularda yeterli bilgiye sahip olmaları hizmetin başarısı için son derece önemlidir.

Aile planlaması hizmetleri kabaca üç aşamaya ayrılabilir (1) Ailelerin, bu hizmeti almaya ihtiyaçları oldukları konusunda inandırılmaları, eğitilmeleri; (2) Aile planlaması yönteminin uygulanışı ya da önerilmesi; (3) Yöntem uygulayanların izlenmeleri.

Birinci aşama, bütün sağlık çalışanlarının, hatta toplumdaki herkesin işidir. Her fırsatta, kadınlar ve erkekler aile planlaması konularında aydınlatılmalı, bu hizmeti nereden ve nasıl alabilecekleri onlara anlatılmalıdır. İşin en zor aşaması da budur. Bazı ailelerin aile planlaması uygulamaya kara vermeleri, hayli uzun zaman alabilir.

Bir kadını, -daha doğrusu aileyi- aile planlaması hizmetine ihtiyaçları olduğuna inandırmanın en etkinli zamanı doğum sonrasıdır. Bu nedenle, aile planlamasında da ebelere önemli rol düşmektedir. Gebe ve lohusa izlemeleri sırasında ve diğer temaslarında, her fırsatı değerlendirerek ailelere bu konuda bilgiler verilmelidir.

Yöntemlerin önerilmesine ve uygulanmasına gelince; bilindiği gibi, yöntem seçiminde ailenin ekonomik, sosyal ve sağlık düzeylerine göre değişik yöntemler önerilebilir. Dikkat edilmesi gereken nokta, sağlık personelinin yöntemler hakkındaki bilgiler vermekle yetinmesi, hangi yöntemi uygulayacağına ailenin kendisinin karar vermesine olanak tanınmasıdır.

Öte yandan, ülkemizde en yaygın olarak kullanılan etkili yöntemin, rahim içi araç (RİA) olduğu bilinmektedir. 2827 sayılı Aile Planlaması Hakkındaki Kanun'a ve ona bağlı mevzuata göre, ülkemizde RİA takma konusunda eğitim gören hekim, hemşire ve ebeler bu uygulamaları yapabilirler. O nedenle, her sağlık ocağında en az bir kişinin, tercihen daha fazla personelinin bu konuda eğitim görmüş olmalarında yarar vardır. Bu eğitimler, il sağlık müdürlükleri ile görüşülerek planlanabilir.

Her sağlık ocağında bir odanın aile planlaması işlemlerine ayrılması iyi olur. Bu odanın sorumluluğu bir personelde olmalı, diğerleri bu odayı mümkün olduğu kadar kullanmamalıdır.

Sağlık ocaklarının aile planlaması çalışmaları yönünden bir avantajı vardır: Bilindiği gibi, tutucu toplumlarda kadınlar, aile planlaması yöntemi uyguladıklarının bilinmesini istemeyebilirler. Bu yüzden, yalnızca aile planlaması hizmeti veren kuruluşlara gitmektense, her türlü sağlık hizmetini almak üzere başvurdukları sağlık ocaklarına gitmeyi tercih edebilirler.

Çocuk Sağlığı Hizmetleri

Daha önce denildiği gibi, çocuk tanımı değişik amaçlara göre farklı biçimlerde yapılabilir. Çocuk sağlığı hizmetleri denildiğinde, Türkiye’de 0-5 yaş grubundakiler anlaşılır. Bazı ülkeler, 0-2 yaş grubundakilere bu hizmetleri götürmeyi uygun görmüşlerdir.

Bu hizmetlerin temel amacı, yaşamın çok önemli olan bu döneminde, vücudun hastalıklara karşı olan direncini artırıcı önlemleri almak, büyüme ve gelişmenin iyi ve düzenli olmasını sağlamak, hastalık ve ölümleri azaltarak toplumun sağlık düzeyinin iyileşmesine katkıda bulunmaktır.

Çocuk sağlığı konusundaki araştırmalar göstermiştir ki, çocuk sağlığı düzeyini iyileştirmek ve çocuk ölümlerini azaltabilmek için yapılabilecek şeyler arasında dört nokta öncelik almaktadır. Bir çok ülkede olduğu gibi, ülkemizde de bu noktalara önem ve öncelik verilmektedir. Çocuk sağlığı konusundaki ulusal programlarımızın özünde bu dört nokta vardır:

1. Gelişmenin izlenmesi ve sağlıklı beslenme : Yetersiz ve dengesiz beslenen (malnütrisyonlu) çocuklarda vücut direnci zayıflar. Böyle çocuklar sık sık hastalanırlar. İyi beslenmiş çocuklar, hastalıkları kolayca atlatabildikleri halde, malnütrisyonlu çocuklarda hastalıklar ağır geçer, hatta ölümlerine neden olabilir. Sözelimi, her çocuk kızamık olabilir. Fakat, bu hastalıktan ölenlerin büyük çoğunluğu malnütrisyonlu olanlardır. Yani, ölüm nedeni kızamık hastalığı olsa bile, temeldeki hazırlayıcı neden, kötü beslenme ve yetersiz gelişme olmaktadır.

O halde, hastalıklardan ve ölümlerden korunmanın bir yolu da, çocukların iyi gelişmelerini sağlamaktır. Bunun için de, çocukların izlenmeleri, iyi gelişemeyenlerin saptanması ve bunlar için gereken önlemlerin alınması gerekir. Bu konu özellikle 0-2 yaşları arasındaki çocuklarda önemlidir. Çünkü, malnütrisyona bağlı ölümler en sık bu yaş grubunda görülmektedir. Ayrıca, bu yaşlarda kötü beslenen ve iyi gelişemeyen çocuklarda, ileride daha önemli sağlık sorunları görülebilmektedir. Örneğin, beslenmenin zeka düzeyinin etkisi açısından en önemli dönem, 0-2 yaşları arasındır.

Ülkemizde, özellikle kırsal yörelerde, yetersiz gelişmenin temel nedeni, fakirlik ya da besin maddelerini bulamamak değildir. Bilgisizlik ve yanlış uygulamalardır. Çocukların beslenmelerinde ağırlık olarak unlu gıdalara yer verilmektedir. Anne sütünün verilisinde önemli bazı yanlışlıklar yapılmaktadır. Yapılması gereken, ailelerin çocuk beslenmesi ve gelişmenin önemi konularında eğitilmeleri, gereken ailelerin ise gıda yönünden desteklenmesidir.

Ülkemizde, özellikle kırsal yörelerdeki her beş çocuktan birinde beslenme ve

yetersiz gelişme sorunu bulunduğunu biliyoruz. Bu durumun düzeltilmesinde sağlık ocağı personeline önemli görevler düşmektedir.

2. Aşılama : Gelişmekte olan bir çok ülkede olduğu gibi, ülkemizde de aşıyla korunabilir hastalıklar görülmeye ve çocukların sağlığını tehdit etmeye devam etmektedir. Dünyanın gelişmiş yerlerinde, artık sorun olmaktan çıkmış olan kızamık, difteri, boğmaca, verem, tetanos çocuk felci gibi hastalıklar, Türkiye’de endemik olarak görülmekte, zaman zaman da salgınlar yapabilmektedir.

Aşı ile korunulabilir bir hastalığı, toplum içinde kontrol altına alabilmek için, o toplumun en az yüzde 85’ini, daha iyisi yüzde 90’ını aşılı yapmak gerekir. Bu oranın altında kalındığında, o hastalık görülmeye ve öldürmeye devam eder.

Bir çok hastalığın aşısı vardır. Ancak, ülkeler kendi koşullarını dikkate alarak, bazı hastalıklara karşı aşılanmaları genel uygulama programlarına almışlar. Diğerlerine ise, riskli kişilerin aşılanmalarına ile sınırlı tutmuşlardır. Bir çok ülkede olduğu gibi, Türkiye’de de altı hastalık rutin aşı programlarına alınmıştır: Difteri, boğmaca, tetanos, çocuk felci, kızamık ve verem.

Günümüzde, bu hastalıklara karşı olan aşılama düzeyi yıllara göre yüzde 60-80 arasında dalgalanmalar göstermektedir. Yani, henüz bu hastalıkları kontrol edebilecek aşılama oranlarına erişebilmiş değiliz. Bu konuda daha fazla çabaya gerek olduğu açıktır. Bu çaba, başlıca sağlık ocağı personelinden beklenmektedir.

3. İshalli hastalıkların kontrolü : Çocukluk çağındaki en sık görülen ve en çok öldüren hastalıklardan birisi de ishal yapan hastalıklardır. Oysa ishal, tanısı ve tedavisi kolay olan bir hastalıktır. Yapılması gereken, aileleri ishal konusunda eğitmek ve ağızdan tuz ve şeker eriyiği (AŞTE/ORS) denilen ve hayat kurtarıcı olan tozun kullanımı sağlamak, su ve tüm ev sıvılarını (ayran, yoğurt, taze hazırlanmış meyve suları, çorba, vb.) vermek, beslenmeyi sürdürmek ve ishalin nedenine uygun tedaviyi vermektir.

İshal, özellikle kırsal ve gecekondu yörelerin önemli sorunlarından ve bu konudaki programlarda sağlık ocağı personeline önemli görevler düşmektedir. Bu işler arasında çevre sağlığı ile ilgili olanlar da sayılmalıdır. Ayrıca her sağlık ocağında, halk eğitimi amacı ile bir ishal köşesinin kurulması iyi olur. Bu köşede, ishalin nedenleri, korunması ve ağızdan sıvı tedavisi ile ilgili afişlere, broşürlere yer verilebilir.

4. Solunum yolu hastalıkların kontrolü : Türkiye’de çocuk sağlığını tehdit eden sorunların başında zatürre ve diğer solunum yolu enfeksiyonları gelir. Ülkemizde ölen bebeklerin yaklaşık dörtte biri ile üçte biri bu hastalıklardan ölmektedir. Oysa,

tıpkı ishal gibi bu hastalıkların da tanısı oldukça kolay ve erken tanı konulduğunda tedavileri etkilidir.

Bu hastalıklarla mücadele konusunda da sağlık ocağı personeline sorumluluk düşmektedir. Yapılması gereken, çocukları düzenli aralıklarla izlemek, solunum yolu hastalığı olanları saptamak, aileleri bu hastalığın belirtileri ve tedavisi konularında eğitmektir.

Sağlık ocaklarında çocuk sağlığı hizmetleri

Yukarıda da açıklandığı gibi, çocuk sağlığı ile ilgili yapılması gereken işler sağlık ocaklarında yoğunlaşmaktadır. Sağlık ocağında görevli olan bütün personelin, çocuk sağlığı konusunda görevleri ve sorumlulukları vardır. Ancak, bunlar arasında ebelere ve hemşirelere özel önemlilikle görevler düşmektedir. Elbette, hekimin de çocuk sağlığı konularında hem hekim, hem de yönetici olarak önemli rolü vardır.

Çocukların izlenmeleri : Çocukların izlenmelerinde önemli olan husus, düzenli aralıklarla (periyodik) izlemektir. Sağlık Bakanlığı bu izlemelerin yaşlara göre aşağıdaki sıklıkta olmasını öngörmektedir:

Yaş Grupları	İzleme Aralıkları
0-12 ay	İlk 48 saat 15. gün 41. gün 2,3,4,6,9,12. Aylarda
1-3 yaş	6 ay ara ile
4-6 yaş	1 yıl ara ile

Buna göre, her çocuk doğumundan okula başlayıncaya kadar, toplam olarak 15 kez izlenmelidir. Bu izlemelerde yapılması gerekenler çocuğun yaşına ve sağlık durumuna göre farklılıklar gösterir. Ancak, her ziyarette çocuk tartılmalı ve boyu ölçülmelidir. Çocuk gelişmesinin en iyi göstergeleri bunlardır.

Ölçüm sonuçları çocuk izleme fişlerine kaydedilmelidir. Fakat önemli olan, ölçüm sonuçlarının değerlendirilmesidir. Bir çok ebe, ağırlık ve boy ölçümlerini kayıt etmekle yetinir. Bunların ne anlama geldiklerini değerlendiremez. Çocuğu ölçüp sonucu kaydetmekle görevinin tamamlandığı sanır. Oysa, izlemelerin ve ölçümlerin amacı, gelişme geriliği olanları belirleyip gereken önerileri yapabilmektir. Bu yapılmadığı takdirde, onca emeğin hiç bir anlamı kalmaz.

Sağlık ocağı hekiminin, çocuk izlemeleri ile ilgili olarak yapması gerekenler şunlardır:

1. Ebelerin çocuk izlemelerinin amacını gerçekten kavrayıp kavramadıklarını, tartmayı ve boy ölçmeyi doğru bilip bilmediklerini, gelişme grafiğini kullanarak çocuğun gelişmesini değerlendirilip değerlendirilmediğini soruşturmak,
2. Bu konularda yetersiz olanları eğitmek,
3. Ebeleri çocuk bakımı ve beslenmesi konularında eğitmek, yenilikleri onlara aktarmak,
4. Terazî, mezura vb. araç-gereçlerini tamamlamak,
5. İzlemeleri düzenli olarak yapmalarını sağlamak.

Aşılama işleri : Sağlık ocağı hekimi, aşılama hizmetlerinin yürütülmesinden bizzat sorumludur. Ancak, her sağlık ocağında, hekime yardımcı olmak ve aşılama hizmetlerini doğrudan yürütmek üzere bir “aşı sorumlusu”nun belirlenmesinde yarar vardır. Bu kişi, sağlık ocağı hemşiresi ya da sağlık memuru olabilir. Aşı sorumlusu, ocak hekiminin denetimi altında, yalnızca çocukların değil, erişkinlerin de aşılanmaları hizmetlerinden sorumlu olacaktır.

Aşı sorumlusunun yapmakla yükümlü olduğu işlerin başında soğuk zincirin iyi bir şekilde işletilmesinin sağlanması gerekir. Ocağın buzdolabının, aşı nakil kaplarının, termosların ve buz akülerinin bakımı, onarımı, ilgililere dağıtımı bu kişinin sorumluluğudur. Aşı sorumlusu ayrıca, aşı ihtiyacının belirlenmesi, sağlanması, saklanması, taşınması, aşı programlarının yürütülmesinden de sorumludur.

Aşılama hizmetleri, sağlık ocağı ya da sağlık evlerinde yürütülebileceği gibi ev ziyaretleri sırasında da yürütülebilir. Asıl olan, kişilerin kendilerini ya da çocuklarını aşılatmak üzere sağlık kuruluşlarına başvurmalarıdır. Ancak, ne yazık ki ülkemizde bir çok kişi henüz bu bilince erişmiş değildir. Böyle olunca da, bu kişiler tam olarak aşılanamamakta ve hastalıklardan korunamamaktadırlar. Bu kişiler genellikle toplumun en az eğitilmiş olan, yaşam koşulları en kötü ve dolayısıyla hastalıklara karşı en duyarlı tabakasını oluştururlar ve kesinlikle aşılanmaları gerekir. Aşılanmak üzere sağlık kuruluşlarına başvurmayan kişileri evlerinde ya da yaşadıkları yerlerde ziyaret ederek aşılamaktan başka seçenek yoktur. Çünkü, bir toplumdaki aşılama oranını yükseltmek sağlık hizmetlerinin temel hedefidir. Bu hedefe her ne olursa olsun erişmek, sağlık hizmetlerinin öncelikli işlerindedir.

Aşılama hizmetleri, ancak sorumluluk duygusu ile çalışan sağlık personeli ile başarılabilir. Bu personel içinde ebelerin ayrı yerleri ve önemleri vardır. Okul aşılardan sorumlu olan sağlık memurları ve hemşireler de, bu hizmetlerin diğer önemli görevlileridir. Bu kişilerin sevk ve idaresi, yönlendirilmesi ve denetlenmesi ise sağlık ocağı hekiminin görevidir. Denetim kavramının içinde, hizmetiçi eğitim kavramının da bulunduğu bilinmelidir.

Aşılama hizmetlerinde başlıca iki yaklaşım vardır: Sistematik aşılama ve kampanya aşılamaları.

Tercih edilmesi gereken yaklaşım, sistematik aşılamadır. Bu yaklaşımda, aşı çizelgesine göre aşılanma zamanı kişi (çocuk) aşılanır. Böylece, bütün çocuklar uygun yaşa eriştiklerinde aşılanmış olurlar.

Sistematik aşılamaların düzgün olarak yürütülebilmesinde, birkaç faktör önemlidir. Bunlardan birincisi lojistik destektir. Yani, sağlık kuruluşunda her zaman aşı ve gerekli diğer malzeme bulunmalıdır ki, her ana aşılama hizmetleri yürütülebilsin. İkinci önemli faktör, programlı çalışmadır. Çocuk izlemelerinin düzenli ve programlı biçimde yapılamadığı yerlerde aşılama hizmetleri de aksar.

Aşı Takvimi

2. ayın bitiminde (8 haftalık)	BCG aşısı ilk dozu DBT aşısı ilk dozu POLİO aşısı ilk dozu
3. ayın bitiminde (12 haftalık)	DBT aşısı ikinci dozu POLİO aşısı ikinci dozu
4. ayın bitiminde (16 haftalık)	DBT aşısı üçüncü dozu POLİO aşısı üçüncü dozu
9. ayın bitiminde (36 haftalık)	KIZAMIK aşısı
1.5 yaşında (16-24 haftalık)	DBT rapel (4. dozu) POLİO rapel (4. dozu)
İlkokul 1. sınıfta	POLİO rapel (5. dozu) DT aşısı BCG aşısı 2. dozu (Çocuğun bir skarı varsa doğrudan BCG aşısı uygulanır. Aksi halde PPD kontrolü yapılır)

İlkokul 5. sınıfta	TT aşısı BCG aşısı 3. dozu (Çocuğun iki skarı varsa doğrudan BCG aşısı uygulanır. Aksi halde PPD kontrolü yapılır)
Lise 1. sınıfta	TT aşısı
Lise 3. sınıfta	BCG aşısı 4. dozu (Çocuğun üç skarı varsa doğrudan BCG aşısı uygulanır. Aksi halde PPD kontrolü yapılır)

Aşı kampanyaları, toplumdaki bireylerin kısa süre içinde ve kitleler halinde aşılınmaları demektir. Kampanyalar, zaman zaman yapıldıkları için, bazı kişiler gecikmeli aşılacaklar demektir. Bu durumda, gecikilen süre içinde kişi, hastalık riski ile karşı karşıya kalır. Bu ise, sağlık hizmetlerinde istenilen bir şey olamaz.

Her şeye karşın, kampanya biçimindeki aşılamaların gerektiği yer ve koşullar da vardır. Aşıların ve diğer malzemenin düzenli olarak sağlanamadığı, personelin yetersiz olduğu yerlerde, ulaşımın güç olduğu coğrafi koşullarda, aşılama hizmetlerinin önceki dönemlerde aksadığı durumlarda biriken duyarlı nüfusu hastalıklardan koruyabilmek için aşı kampanyalarına başvurulabilir. Bu kampanyalar sağlık ocağı, ilçe, il, bölge ya da ülke düzeyinde yapılabilir. Bilinmesi ve titizlikle uyulması gereken nokta şudur: Kampanya biçimindeki aşılama yaklaşımı tercih edilen değil, zorunluluk nedenleri ile başvurulması gereken bir uygulamadır.

Risk Yaklaşımı

İnsan gücünün ve diğer kaynakların yetersiz olduğu durumlarda hizmet, götürülmesi gereken herkese ve gereken sayıda götürülemez. Sözelimi, ebe sayısı yetersiz olan bir sağlık ocağında, bütün gebeler ve çocuklar mevzuatın öngördüğü sıklıkta izlenemez.

Böyle koşullarda, verilmesi en uygun karar, izlenmesi gereken bazı kişilerin izlenmelerinden vazgeçmek ya da izlem sayılarını azaltmaktır. O halde, kimlerin izlenmelerinden vazgeçilebilir, kimlerinkinden vazgeçilemez?

Sağlıkları tehlike altında olanlar bu hizmetlere en fazla ihtiyacı olanlardır. Bu kişilere hizmet götürmemek, onları tehlike ile baş başa bırakmak olur. Bu kişilerin izlenmelerinden vazgeçilemez. Öte yandan, sağlıklı oldukları bilinen ve görünür hiçbir tehlike altında olmadıklarından emin olunan kişilere götürülen hizmetlerin bir kısmından vazgeçilebilir. Örneğin, toksemisi olan bir gebenin izlenmesinden vazgeçilemez. Hatta bu gebenin normalde istenilen izleme sıklığından daha sık aralarla izlenmesi iyi olur. Öte yandan, bütün bulguları normal olan ve gebeliğinin

gidişinde hiçbir sorun bulunmayan gebelerin daha seyrek izlenmelerinde bir sakıncası olmayabilir.

İşte, risk yaklaşımı olarak tanımlanan bu uygulamada temel ilke, kaynaklar ve imkanlar sınırlı ise, hizmete daha az ihtiyacı olanlara zaman ve kaynak harcamaktansa, bu kaynakları hizmete gerçekten ve daha çok ihtiyacı olanlara harcamaktır. Ancak, bu yaklaşımda, sağlam grubun bütünüyle hizmetten yoksun bırakılması söz konusu değildir. Onlara da hizmet götürülecek, fakat, diğer gruba kıyasla daha az götürülecektir.

Bu noktadan hareketle risk yaklaşımında herkese biraz, fakat ihtiyacı olana daha fazla hizmet verilmesi anlayışı vardır.

Dünya Sağlık Örgütü hangi gebelerin ve çocukların risk altında olduklarını belirlenmiştir. (Bkz. EK 5).

Bölüm 4

ÇEVRE VE İŞ SAĞLIĞI İLE İLGİLİ İŞLER

Çevre denildiğinde, fizik, biyolojik ve sosyal çevre anlaşılır. Sağlık hizmetleri, bunların hepsi ile ilgilidir. Ancak, çevre sağlığı denildiğinde, fizik ve biyolojik çevredeki insan sağlığını etkileyen olumsuzluklar ve bunların düzeltilmesi anlaşılır.

Çevre sağlığına yönelik olarak yapılacak işlerin çoğu, sağlık dışında kalan ve genellikle mühendislikle ilgili sektörleri ilgilendirir. Bunlar arasında belediyeler, İller Bankası, Köy Hizmetleri Genel Müdürlüğü, köy yönetimleri sayılabilir. Sağlık sektörünün çevre ile ilgili olarak üzerine düşen en önemli görevleri, çevreyi sağlık yönünden değerlendirmek ve sözü edilen kurumlara danışmanlık yapmaktır. Ayrıca, belediye bulunmayan yerlerde (kırsal yörelerde) belediyelerce yapılması gereken bazı çevre sağlığı hizmetleri de sağlık sektörünün sorumluluklarındandır. Bunlar arasında atıkların denetimi, içme sularının dezenfeksiyonu, işyeri ve konutların denetimi, halkın çevre sağlığı konusunda eğitimi gibi hizmetler sayılabilir. Bu işler arasında gıda kontrolünü de eklemek yerinde olur. Çünkü, gıda sağlığı ile ilgili sorunlar ile çevre sağlığı sorunları yakından ilgilendirir.

İş sağlığı hizmetlerine gelince; bu hizmetler ile çevre sağlığı hizmetleri iç içedir. Çünkü, çevre sorunlarının önemli bir bölümü sanayi kuruluşlarından kaynaklanır.

İş sağlığı hizmetleri oldukça geniş kapsamlıdır. Bu hizmetler giderek daha çok önem kazanmış ve bir uzmanlık konusu olacak kadar genişlemiştir.

Sağlık ocağının iş sağlığı konusundaki sınırlı işlevi, talep edildiği takdirde, işçilerin işe giriş ve periyodik muayenelerini yapmak ve belediye olmayan yerlerde ya da belediye hekiminin bulunmadığı durumlarda iş yerlerinin açılmadan önceki ve sonraki denetimlerini yapmaktır.

Her hizmette olduğu gibi, çevre sağlığı hizmetlerinin de sağlık ocağındaki birinci derecedeki sorumlusu hekimdir. Hekimin bu konudaki en önemli yardımcısı çevre sağlığı teknisyeni, o yoksa sağlık memurudur. Ancak, bunların bulunmadığı durumlarda ve sağlık evlerinde, diğer sağlık personeli de çevre sağlığı

konularında çalışırlar. Özellikle, bu konuda yapılacak halk eğitimlerinde bütün sağlık personeline görev düşer.

Su Denetimi

Belediye bulunmayan ya da belediye hekimi olmayan yerlerde içme sularının denetimi ve dezenfeksiyonu işleri sağlık ocaklarının işidir. Bu nedenle su denetimleri, özellikle köylerdeki sağlık ocaklarının sorumluluklarındandır.

Köylerde içme ve kullanma sularının getirilmesi ve su yollarının bakımı 422 sayılı Köy Kanunu'nun 12 ve 13 üncü maddeleri gereğince köy yönetimlerinin zorunlu işlerindedir. Ancak, bu işler oldukça pahalı olduklarından DSİ, Köy Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve İller Bankası gibi kamu kurumları da köye temiz su sağlama konularında görevlidirler. Su yollarının büyük onarımları da kurumlarca yapılır. Fakat, küçük onarımlar köy yönetimlerinin işidir. Bu suların sağlık yönünden denetimlerini ise, sağlık ocakları yapar.

Su denetimlerinin hangi sıklıkta yapılması gerektiği ve sulardan örnek alma yöntemi Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanmış olan 389 sayılı "Gıda Maddeleri Ve Sulardan Numune Alma Rehberi"nde belirtilmiştir. Buna göre sulardan her yıl en az şu sıklıkta örnek almak gerekir:

Nüfusu 2.000'den az olan yerlerde	yılda dört kez
Nüfusu 2.000-10.000 arasındaki yerlerde	iki ayda bir
Nüfusu 10.000-20.000 arasındaki yerlerde	her 500 nüfusa bir
Nüfusu 10.000'den çok olan yerlerde	her 1.000 nüfusa bir

Suların kirlenme olasılığı, yağmurlu mevsimlerde artacağı için, özellikle bu mevsimlerde su örneklerin alınması ihmal edilmemelidir.

Kirli çıkan suların içilmemesi konusunda yapılacak bir dizi işlem vardır. Öncelikle, kirli bulunan çeşme başına "Kirlidir-İçilmez" uyarı yazısı asılmalıdır. Durum bir yazı ile köy muhtarlığına da bildirilmelidir. Ayrıca, cami, köy kahvesi gibi yerlerde toplum uyarılmalıdır.

Bunun yanı sıra, suyun dezenfeksiyonu da sağlanmalıdır. Bu iş için kırsal yörelerde, genellikle kireç kaymağı ile klorlama yöntemi kullanılır. Bu yöntemde, dezenfekte edilecek suyun deposuna damlalıklı bir sistem (bidon vb.) yerleştirilir ve suyun debisine göre suya damlayacak ana mahlülün dakikadaki damla sayısı ayarlanır. Ancak, bu yöntemin en zor tarafı, damlalık ağzının zaman zaman tıkanması ve azalan ana mahlülün tamamlanmasıdır. Bu nedenle, deponun her gün ya da gün aşırı ziyaret edilmesi gerekir. Bu işlem sağlık personeli tarafından yürütülemeyebilir. Köylüler arasından seçilip eğitilen bir kişi, bu konuda sağlık

ocağına yardımcı olabilir. Elbette, eğer söz konusu köyde bir sağlık evi ebesi varsa, o da aynı işi yürütebilir.

Kirli çıkan suların kirlenme noktalarının bulunması da önemli bir konudur. O nedenle, kirli suların su yolları izlenip tahrip olmuş noktalar belirlenmeli ve buralardan da örnekler alınmalıdır. Ayrıca, su yollarını kirletebilecek yakınlıktaki helalar da saptanmalıdır.

Su yollarının onarımı ve sakıncalı helaların ortadan kaldırılması ya da sağlıklı duruma getirilmeleri köy yönetimlerinin sorumluluğudur. Bu nedenle, onarım konusunun, köy muhtarı ve ihtiyar heyetinin diğer üyeleri ile yüz yüze konuşulmasının yanı sıra, durumun resmi bir yazı ile muhtarlığa bildirilmesinde yarar vardır. Bu konuda kaymakamlığa da bilgi verilmelidir. Büyük onarım gereken durumlarda Köy Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün elemanları ile ilişki kurma görevi, muhtarın ya da kaymakamın sorumluluğudur. Ancak, sağlıklı ocağı hekiminin de konunun takipçisi olmasında yarar vardır.

Hela Denetimi

Özellikle kırsal yörelerde, çevre sağlığı ile ilgili önemli bir konu da sağlığa aykırı (gayrisihhi) helaların düzeltilmesidir.

Helaların düzeltilmesi çok güçtür ve ancak uzun süren halk eğitimleri ile başarılabilir. Çünkü, toplumların tuvalet alışkanlıkları o toplumun kültürü ile yakından ilişkilidir ve kolay kolay değiştirilemez.

Bazı yerlerde, ilçe hıfzıssıhha kurullarında alınan zorlayıcı kararlarla ve hatta jandarmaların desteği ile sıhhi helalar yaptırılmıştır. Fakat, bu helalar halk tarafından kullanılmamış, eski helaların kullanılmasına devam edildiği görülmüştür. Zorlama yoluyla helaların islah edilebileceği sanılmamalıdır.

Halkın bu konudaki eğitiminde, aileleri yakından tanıyan ve sık sık onları evlerinde ziyaret eden ebelerden yararlanabilir. Unutulmaması gereken husus, halkın bu konu hakkında duyarlı ve alıngan olduğudur. O nedenle, tuvalet alışkanlıkları konusunda yapılacak eğitimlerde suçlayıcı olmamalı ve ailelere sıcak ilişkilerle yaklaşılmalıdır.

Bir diğer husus da, sağlık personelinin bu konu halka örnek olacak davranışlar göstermesidir. Helası sağlığa aykırı olan bir sağlık ocağı ya da sağlık evi personeli, bu konuda yapacağı eğitimlerde inandırıcı olamaz. Aynı şekilde, kendi evinin helası bozuk olan bir personel de halk üzerinde etkili olamaz. Oysa, çevresinde örnek helalar gören kişiler, zaman içinde helaları düzeltme eğilimi gösterebilirler. Buna, eğitim dilinde ve sosyal bilimlerde “kültürlenme” denir.

İşyerlerinin açılmaları ve denetimleri

İşyerlerinin açılma izinleri ve denetimleri, işyerinin türüne göre farklıdır. 1995 yılında yayınlanan 560 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) uyarınca, gıda maddesi üreten ve satan işyerlerinin açılma izinleri, Sağlık Bakanlığı tarafından verilecektir. Bakanlık, bu görevini yerine getirirken belediyelerle işbirliği yapacaktır. Söz konusu yeni uygulamaların nasıl olacağına ilişkin yönetmelikler, bu kitabın yayına hazırlandığı tarihte henüz yayımlanmamıştı. Bu yönetmeliklerin yayımı ile uygulamalardaki belirsizlik açıklığa kavuşacaktır. Ancak, yukarıda belirtilen KHK'den anlaşılacağı gibi, sözü edilen işyerlerinin açılış izinleri önceden belediyeler tarafından verilirken, belediyelerin bu yetkileri kendilerinden alınmıştır. Bu konudaki uygulamalara 26 Eylül 1995 tarihinde yayınlanan Gayrisihhi Müesseseler Yönetmeliği'nde de değinilmektedir.

Gıda maddesi ile ilgili olmayan, fakat sağlıkla ilgili olan diğer işyerlerinin (berber, kahvehane, vb.) izinleri eskiden olduğu gibi belediyeler tarafından verilmeye devam edecektir. Belediye bulunmayan yerlerde, bu yetki Sağlık Bakanlığı adına sağlık ocaklarına aittir.

Özetle, sağlık ocakları, ister kırsal yörelerde olsun, isterse kentlerde bulunsun, işyerlerinin açılmaları ve denetimleriyle ilgili işleri yürütürler.

Gayrisihhi müessese kavramı : Sözlük anlamı olarak “gayrisihhi” terimi sağlığı zararlı anlamına gelir. Ancak gayrisihhi müessese tanımı, sözlük anlamından farklı olarak, bazı kurallara uyulmadığında sağlığa zarar verebilecek kuruluşları anlatır. Sağlığa zarar verebilecekleri dikkate alınarak, böyle kuruluşların açılmaları ve çalıştırmaları özel hükümlere bağlıdır. Bu hükümler, Umumi Hıfzıssihha Kanunu'nda (madde 268 – 275), belediye Kanununda ve 26 Eylül 1995 tarihinde yayınlanan Gayrisihhi Müesseseler Yönetmeliği'nde yer almaktadır.

Sözü edilen yönetmeliğe göre, gayrisihhi müesseseler üç sınıfa ayrılır. Birinci sınıftakiler sağlık açısından en çok sakınca yaratabilecek olanlardır. Üçüncü sınıftakiler ise sağlık yönünden en az sakıncalı olanlardır. Birinci sınıftakilerin yerleşim yerlerinin uzağında, ikinci sınıftakilerin yerleşim yerlerinin kenarlarında kurulmasına izin verilir. Üçüncü sınıfa girenler ise belirli koşullara uyulduğunda, yerleşim yerlerinin içine açılabilirler.

Gayrisihhi Müesseseler Yönetmeliği, zaman zaman değiştirilerek gelişen teknolojiye ve yeni koşullara uyarlanmaktadır. O nedenle, bu değişiklikler izlenmelidir. Hekim, konuyu iyi bildiğine güvenmemeli ve işyeri açılması ya da denetimi ile ilgili olarak karşılaştığı her durumda, Yönetmeliğin en son biçimini

gözden geçirmelidir.

İşyerlerinin Açılma İzinleri : Yönetmeliğe göre işyeri sahibinin, yöredeki en büyük mülki amirliğe (vali, kaymakam) başvurması gerekir. Dilekçe, gereği yapılmak üzere sağlık örgütüne sevk edilir. Birinci sınıf gayrisihhi müesseselerin açılma izinleri Sağlık Bakanlığı tarafından verilir. İşlemleri, Valilik adına sağlık müdürlüğü yürütür. Bu nedenle, birinci sınıf gayrisihhi müesseselerle ilgili olarak sağlık ocaklarında yapılacak herhangi bir işlem yoktur. Fakat ikinci ve üçüncü sınıfa giren gayrisihhi müesseselerin açılma izinlerinde sağlık ocakları doğrudan rol alır. Söz konusu yönetmeliğe göre, ikinci ve üçüncü sınıfa giren gayrisihhi müesseseleri inceleme kurulu, müesseselerin bağlı olduğu sağlık ocağı tabibinin başkanlığında, en az iki çevre sağlığı teknisyeni, çevre sağlığı teknisyeni yoksa sağlık memuru ya da halk sağlığı hemşiresinden oluşur. Bu incelemelerin yapılmasında, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü'nde yazılı hususların da dikkate alınması gereklidir.

560 sayılı KHK ile belediyelerin gıda maddesi üreten ve satan işyerlerini denetleme yetkileri kaldırılmıştır. Bu nedenle, her belediyenin kendine ait olarak yayınladığı "Belediye Zabıta Talimatnameleri"nde bu işyerleri ile ilgili hükümler de ortadan kalkmış olmaktadır. Ancak, bu talimatnamelerin diğer işyerleri ile ilgili hükümleri ve belediyelerin bu işyerlerini denetleme yetkileri halen yürürlüktedir. Bu talimatnameler, Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanmış olan 89 sayılı Belediye Sıhhi Zabıta Talimatnamesi Rehberi'ne uygun olarak hazırlanmış ve Bakanlık tarafından onaylandıktan sonra yürürlüğe girmiştir. Belediye bulunmayan yerlerde, Bakanlığının rehberi dikkate alınarak işlem yapılır.

Gıda maddesi ile ilgili olmayan bu işyerlerinin sahipleri açılma izni almak üzere belediyelere başvururlar. İşyerinin sağlık koşulları belediye hekimi tarafından incelenir. O yoksa, sağlık ocağı hekimi inceler. İncelemeler, ocak hekimi adına ocağın sağlık memuru ya da çevre sağlığı teknisyeni tarafından da yapılabilir. Bu durumda imzayı ocak hekimi atacağından, sorumluluk hekime aittir. Bu önemli bir noktadır. Çünkü, işyerlerine izin verme işlemi teknik bir konu olmanın yanı sıra, rüşvet dedikodularına ve şaibelere açık olan bir konudur. Bu yüzden ocak hekiminin yetkilendirme işlerinde titiz ve dikkatli davranmasında yarar vardır.

İnceleme heyetinde, yukarıda belirtilen kişilerin yanı sıra, Belediye Fen İşleri Müdürlüğü'nden de bir yetkili bulunmalıdır.

İnceleme sonucu, bir raporla belediyeye bildirilir. Açılma izni (küşat) belediye tarafından verilir.

İşyeri denetimleri : Açılış izinlerinde olduğu gibi, denetim konusunda da yetkili makamlar, gıda maddesi üreten ve satan işyerlerinin denetimlerinde Sağlık

Bakanlığı, diğerlerinde ise belediyelerdir. Belediye bulunmayan yerlerde ya da belediye hekimi olmadığı durumlarda, gıda maddesi ile ilgili olmayan işyerlerinin denetimleri de sağlık ocakları tarafından yürütülür.

Açılma izni verilişinde de açıklandığı gibi, denetimler hekim tarafından yapılmalıdır. Ancak, onun adına sağlık memuru ya da çevre sağlığı teknisyeni de bu işlemi yapabilir. Denetimler tek kişi tarafından yapılmamalıdır. Sözgelimi, hekim yanına sağlık memurunu ve belediyeden bir zabıta memurunu da almalıdır. Denetlenen işyerinin sahibinin ya da bir yetkilisinin de hazır bulunması gerekir.

Denetimler, Belediye Zabıta Talimatnamesi'ne göre yapılır. Her işyerinde, o yerin belediyesince verilmiş bir "Esnaf Teftiş Defteri" bulunmalıdır. Denetim sırasında önce, bu defter istenir. Denetim sonucunda bulunan eksiklikler ve sağlığa aykırı durumlar deftere yazılarak denetçiler ve işyeri sahibi tarafından imzalanır. Bu tutanakta, söz konusu eksikliklerin ve yanlışların giderilmesi için verilen süre de yazılır. Bir sonraki denetimde, aynı defter istenildiğinde, bir önceki denetim tutanağı gözden geçirilerek, orada belirtilen şeylerin düzeltilip düzeltilmediğine bakılır. Düzeltilmeyen durumlar için, ya yeni bir süre tanır ya da durum bir raporla belediye başkanlığına iletilir. Belediye başkanlığı, söz konusu durumla ilgili ceza verme yetkisine sahiptir.

Belediye bulunmayan yerlerde, işyeri denetimleri sağlık ocakları tarafından, 89 sayılı Belediye Sıhhi Zabıta Talimatnamesi Rehberi'ne göre yapılır. Burada belediye zabıtası yerine kolluk kuvvetlerinden yardım alınabilir. Ceza işlemleri için durum muhtarlığı bildirilir.

Sağlığa aykırı olduklarında belirlenen, müteaddit uyarılara karşın bu durumunu düzeltmeyen ya da düzeltinceye kadar sağlık sakıncaları yönünden faaliyet göstermemeleri gereken işyerleri, belediye hekimliğinin talebi ile belediye tarafından kapatılabilir.

Salgınlarda, Sağlık Bakanlığı'nın ya da il/ilçe hıfzıssıhha kurullarının kararları ile de işyerleri kapatılabilir. Sözgelimi kolera salgını olursa, Bakanlık her türlü meşrubat imalathanelerinin kapatılması için genelge yayınlayabilir. Bu durumda, yerel sağlık yetkilisi (sağlık ocağı hekimi) yanına kolluk güçlerini de alarak iş yerine gider ve kapatma kararını, tercihen yazılı olarak iletir ve işyerindeki makineleri ve kapısını usulüne uygun olarak mühürler. Bakanlık genelgelerine dayanarak gerçekleştirilen kapatmalarda, kapalı kalma süresinin iki ayı geçemeyeceği bilinmelidir. Daha uzun süre kapatabilmek için yeniden karar alınması gerekir. Hıfzıssıhha kurulu kararlarına dayanan kapatmalarda sürenin ne kadar olacağı zaten belirtilmiştir.

Gıda maddeleri denetimi : Daha önceleri Sağlık Bakanlığı ve belediyelere ait olan gıda maddelerini denetleme yetkisi, 560 sayılı KHK ile Tarım ve Köyişleri Bakanlığı'na verilmiştir. Adı geçen bakanlık, bu denetimlerini hazırlayacağı "gıda kodeksleri"ne göre yapacaktır. Bir başka deyişle gıda maddesi ile ilgili işyerlerinin sağlık koşullarına uygunluğu Sağlık Bakanlığı'nın, gıdaların sağlık koşullarına uygunluğu ise Tarım ve Köyişleri Bakanlığı'nın sorumluluklarıdır. Ancak adı geçen bakanlık taşra teşkilatının, kırsal bölgelerde gıda denetimlerini sağlık ocaklarınınca yapmaya devam edecekleri göz önüne alınarak, gıda maddelerinden nasıl örnek alınması gerektiğini bilmekte yarar vardır.

Gıdaların nasıl örnek alınması gerektiği Sağlık Bakanlığı'nca yayınlanmış olan "Gıda Maddeleri ve Sulardan Numune Alma Rehberi"nde yazılıdır. Örnek alma işlemi, teknik bir konudur. Bu konuda eğitimi olmayanlar ya da yukarıda belirtilen rehberdeki kurallara uymayanlar tarafından alınan örnekler, doğru sonuç vermezler. Ayrıca böyle alınan örnekler gıda maddesi bozuk çıktığı durumlarda yasal işlemler yönünden savcılıklarca ya da mahkemelerce geçersiz sayılabilirler.

Örnek alma işlemi için gereken malzeme listesi aşağıda verilmiştir. Her sağlık ocagında bu malzemenin bulunması gerekir.

1. 250-500 cc.lik ağzı mantar yada cam kapaklı şişeler. (Bakteriyolojik örnekler için steril şişeler)
2. 100-250-500 gr.lık cam kavanozlar
3. 100-250-500 cc.lik teneke, ağzı kapalı kutular
4. Plastik kavanozlar
5. Değişik büyüklüklerde naylon torbalar
6. Bıçak, makas, kaşık, yağ sondası
7. Talaş
8. Değişik büyüklüklerde tahta sandıklar
9. Ambalaj kağıdı, parşömen kağıdı, selofan kağıt
10. Sicim
11. Kırmızı Mum
12. Basılı etiket
13. Mühür
14. Numune kayıt defteri
15. İspirto lambası
16. Gıda numune alma zaptı
17. Gıda numune etiketi

Çalışanların denetimi : Gıda maddesi üreten ve satan yerlerde çalışanların periyodik olarak muayene edilmeleri gerekir. Bunun nedeni, çalışan kişide olabilecek bir hastalığın ya da taşıyıcılık (portörlük) durumunun, halkın sağlığını etkilemesini önlemektir.

Söz konusu işyerlerinde çalışan herkesin (çıraklar da dahil) birer sağlık karnesinin olması gerekir. Bu kişiler her üç ayda bir sağlık kuruluşuna başvurarak bu belgelerini onaylatırlar. Bu onaylama sırasında kişi, özellikle bulaşıcı hastalıklar yönünden muayene edilir ve gaita, gerekirse boğaz kültürleri alınır. Kültürler en yakın halk sağlığı laboratuvarına ya da bir hastanenin laboratuvarına gönderilir. Kültür sonuçları alınmadan belgeler onaylanmaz. Taşıyıcı oldukları anlaşılan yada hasta olanlar tedavi edilmeden belgeleri onaylanmaz.

Daha önceleri, çalışanların denetimi (esnaf denetimi) doğrudan sağlık ocakları tarafından ve ücretsiz olarak yapılırdı. Artık bu işlem belediyeler tarafından ve harç karşılığında yapılmaktadır. Ancak, belediye hekimi bulunmayan yerlerde sağlık ocakları muayeneleri yapılmaktadır.

Bölüm 5

KAYITLAR VE İSTATİSTİK İŞLERİ

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin en belirgin niteliklerinden biri de kayıtlara ve istatistiklere önem verilmesidir. Kayıt tutmanın 3 önemli nedeni ve gerekçesi vardır:

- a. Hizmetlerin planlanmasında ve uygulanmasında verilecek bütün kararların veriye, daha doğrusu bilgiye dayanması gerekir. Doğru bilgilere dayalı olarak alınmayan kararların başarıya ulaşmaları, ancak rastlantılarla olabilir. Söz konusu kararlar, en üst düzeydeki yönetim kademelerinde olduğu kadar, en alt kademedeki sağlık ocaklarında da verilebilir.
- b. Hizmetler devamlılık gösterir. Yapılmış işlerin kayıt edilmeleri ve bilinmeleri, çalışanlar değişse de çalışmaların devamı için gereklidir. Bu devamlılık, hem yönetsel işler için, hem de ailelerin ve kişilerin sağlık durumlarının izlenebilmeleri için gereklidir.
- c. Kayıtlar ve istatistiksel değerlendirmeler bir kuruluşun denetimi ve performansının değerlendirilmesi için de gereklidir.

Bu bilgilerin kaynakları çeşitlidir. Bunların başında, hizmet verilen kuruluşlardan sağlanan bilgiler gelir. Bir diğer kaynak ise araştırmalardır. İkincisi, gerektiğinde başvurulacak bir yoldur. Asıl olan, sürekli olarak kayıt tutmak ve bu bilgileri değerlendirerek kullanmaktır.

Kayıtların doğru ve tam tutulması önemlidir. Yanlış tutulan kayıtların daha sonra düzeltilmeleri çoğunlukla mümkün olamaz.

Sağlık ocağında çalışan sağlık personelinin her birinin tutacağı kayıtlar formlar biçiminde düzenlenmiştir. Bütün sağlık ocaklarında doldurulması gereken bilgi formları aynı olduğundan, ülke düzeyinde toplanan bilgiler de standardize edilmiş olmaktadır. Ocaklardan toplanan bilgiler bir ili, illerden toplanan bilgiler de ülkenin tamamını yansıtır. Periferdeki sağlık ocaklarında ne kadar titiz olunursa, ülke hakkında o kadar doğru ve geçerli bilgiler elde edilmiş olur.

Sağlık ocaklarında tutulan kayıtlar

Sağlık ocaklarında tutulması gereken kayıtlar Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmektedir. Bu kayıtların neler olacağı, sağlık hizmetlerindeki gelişmeler ve uygulamaya konulan hizmet programları dikkate alınarak, zaman zaman gözden geçirilerek yeniden düzenlenmektedir. Ayrıca, bazı illerde, sağlık müdürlükleri gerekli gördükleri ek bilgileri de sağlık ocaklarından istemektedirler. Bu nedenle, temelde standart bilgiler toplanmakla birlikte iller arasında bazı farklılıklar olabilmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen ve sağlık ocaklarında kullanılan kayıt ve istatistik formları şunlardır (Sağlık ocaklarında kullanılan formlarda 1996 yılında çeşitli değişiklikler yapılarak bazı formlar kullanımdan kaldırılmış, bazı formların içeriğinde değişiklikler yapılmış veya bazı yeni formlar kullanıma sokulmuştur.):

1. Ev Halkı Tesbit Fişi (Form No: 001)
 2. Yıl Ortası Nüfus Tespitleri (Form No: 002-003)
 3. Kişisel Sağlık Fişi (Form No: 004)
 4. Gebe-Lohusa İzleme Fişi (Form No: 005)
 5. Bebek ve Çocuk İzleme Fişi (Form No: 006)
 6. Ebenin Çalışma Notları (Form No: 007)
 7. Ebe ve Hemşire Aylık Çalışma Bildirisi (Form No: 008)
 8. Sağlık Memuru ve Ç.S.T. Aylık Çalışma Bildirisi (Form No: 009)
 9. Hekim Aylık Çalışma Bildirisi (Form No: 011)
 10. Diş Hekimi Aylık Çalışma Bildirisi (Form 011/D)
 11. 0-4 Yaş (0-59 Ay) Aşı Kayıt Fişi (Form No: 012-A)
 12. 5 Yaş Üzeri Aşı Kayıt Fişi (Form No: 12-B)
 13. Aşı Sonuçları Çizelgesi (Form No: 013)
 14. Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Fişi (Form No: 014) (Yataklı Tedavi Kurumları, Poliklinikler, Dispanserler, Serbest Çalışan Hekimlerce Doldurulup Sağlık Ocaklarına Verilir.)
 15. Hastalık Bildirim Formu (Form 014/B) (Bildirimi zorunlu hastalıklar dışındaki hastalıklar ile ilgili tüm sağlık kurumları)
 16. Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Tesbit Fişi (Form No: 016)
 17. Bildirimi Zorunlu Hastalıklar İstatistik Formu (Form No: 017)
 18. Hastalık İstatistik Formu (Form No: 018)
 19. Hasta Sevk Kağıdı (Form No: 019)
 20. Çevre Sağlığı Kontrol Çizelgesi (Form No: 020)
 21. Birinci Basamak Sağlık Kurumu Aylık Çalışma Bildirisi (Form No: 023)
 22. Gezi Programı/ Beyanı
 23. 15-49 Yaş Kadın İzlem Fişi
 24. 15-49 Yaş Kadın Bildirim Formu
 25. Sağlık Ocağı Trahom Kontrol Çalışmaları Çizelgesi
 26. Kanseri Kayıt Merkezi Bilgi Formu
-

27. Ayaktan Takip Edilen Hastalar Hakkında Sağlık Müdürlüğüne Bilgi Gönderme Formu (Form No: RS 30)
28. Aile Planlaması Çalışmaları (Form No: 102)
29. Ana-Çocuk Sağlığı Program Çalışmaları (Form No: 103)
30. Ölüm Vesikası - İstatistik Fişi (Devlet İstatistik Enstitüsü)
31. MERNİS Ölüm Tutanağı (İçişleri Bakanlığı)

Ev Halkı Tesbit Fişi : sağlık ocağının en önemli ve temel kaydı Ev Halkı Tesbit Fişi'dir (EFT). Ocakta yapılması öngörülen bütün işlerin dayanağı bu kayıttır. Sağlık ocağının sorumlu olduğu nüfusun sayısı, demografik özellikleri, bölgedeki insanların sağlık özgeçmişleri ve yaşadıkları çevre ile ilgili bütün bilgiler, bu kayıt ile anlaşılır. Yeni kurulan bir sağlık ocağında yapılması gereken ilk işlerden birisi, bölgede oturan bütün ailelerin tesbiti, yani EFT'lerin doldurulmasıdır.

EFT'lerin ilk kez doldurulduğu yerlerde, sağlık ocağında çalışan herkes görev almalıdır. Böylece, ocağın ilk nüfus kayıtları yapılmış olur. Bundan sonra yapılması gereken, bu kayıtların güncelleştirilmesidir. Yani, bölgeye yeni yerleşenlerin ve doğanların kayıtlara eklenmesi, bölge dışına ayrılanların ve ölenlerin kayıtlardan çıkartılmasıdır. Bunun gerçekleştirilmesinde de her personele düşen görev vardır. Ocakta çalışan herkes, özellikle ebeler, bölge nüfusuna eklenen yada eksilenlerle ilgili öğrendiklerini ocak tıbbi sekreterine iletmeli ve o da, yeni durumla ilgili düzeltmeleri yapmalıdır.

Sağlık ocağı bölgesindeki toplumun sağlık düzeyi ve ocağın hizmetleri ile ilgili değerlendirilmenin yapılmasında kullanılan hemen bütün göstergeler, yıl ortası nüfusa göre hesaplanır. Yıl ortası nüfusun hesaplanmasında iki yol vardır: Birincisi, yılın ortası olan Haziran ayındaki nüfusu yıl ortası nüfus olarak kabul etmek, ikincisi ise birbirini izleyen iki yıl, yılbaşındaki nüfusun ortalamasını yıl ortası nüfusu olarak almaktır.

Sağlık ocaklarında, birinci yolun uygulanması kabul edilmiştir. O nedenle, her yıl haziran ayında, sağlık ocaklarının EFT kayıtlarının hızlı bir biçimde gözden geçirilmesi ve güncelleştirilmesi gerekir. Bu iş için, ocaktaki bütün personel görevlendirilebilir.

Yıl ortası nüfusun yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımları form 002-003'e işlenir. Böylece sağlık ocağı bölgesinin nüfus yapısı hakkındaki bilgiler derlenmiş olur. Bu dağılıma göre her yıl ocak bölgesinin nüfus piramidi çizilebilir. Böylece nüfus yapısındaki değişimleri izlemek mümkün olabilir. EFT kayıtlarından hiçbir bilgi kaybolmamalıdır. Örneğin, ölen bir kişinin adı formdan silinmemeli, yalnızca, adının yazılı olduğu satır kırmızı kalemle çizilmelidir. Böylece, ileride yapılacak istatistiksel değerlendirmeler ve adli olaylar için bilgiler kaybolmamış olur.

EFT kayıtlarında önemli bir nokta da kimlerin ev halkından sayılıp sayılmayacağıdır. Aralarında aile bağı bulunsun ya da bulunmasın, aynı evde ya da aynı evin değişik odalarında yaşayan, aynı kazandan yiyen, masraflarını ayırmadan ortak harcamaya katılan herkes (bir ya da birden çok kişi) aynı ev halkından sayılır. Buna karşılık, aynı evde oturmalarına karşın ayrı kazanlardan yemek yiyenler, ayrı hanelerde oturuyor sayılırlar.

EFT’de belirtilen, aile reisi, ev halkının gelir ve giderlerinden sorumlu kişidir. Her zaman en yaşlı kişi olması gerekmez.

Ev halkı üyelerinden hayvan otlatmak, yaz dönemini geçirmek, tedavi olmak, bir yakınının yanında bir süre geçirmek gibi nedenlerle haneden ayrılanların kayıtları silinmez. Ancak, sürekli olarak ayrılanlar (evlenip gitme gibi) kayıtlardan düşülür.

Bir ailenin ya da kişinin o sağlık ocağı bölgesi halkından sayılabilmesi için, o bölgede en az 3 ay yaşaması koşulu vardır. Bunun nedeni, köylerden kentlere olan göç sırasında, bazı ailelerin nereye yerleşeceklerine kesin olarak karar vermeden önce, bir bölgede geçici olarak yerleşmeleri ve kısa süre sonra oradan ayrılmalarıdır. Üç aydan daha uzun süre o bölgede yaşayan ailelerin, artık yerleşmek için kesin kararlarını verdikleri kabul edilir. Ancak, gelin gelen, memur olarak bölgeye atanan vb. nedenlerle bölgede yaşayacakları kesin olarak bilinen kişilerin üç ay (90 gün) beklemeye gerek yoktur.

EFT’lerin arka yüzlerinde, hane halkının oturmakta olduğu konut hakkında bilgilere yer verilmiştir. Konut durumunun zaman içinde değişebileceği dikkate alınarak, formun arka yüzü, yıllara göre olan değişmelerin kayıt edilebileceği bir biçimde düzenlenmiştir.

Doldurulan fişler her muhtarlık için ayrılan klasörlerde saklanır. Bölge dışına ayrılan ailelerin fişleri, klasörden çıkartılarak ayrılanların fişlerin toplandığı bir başka klasöre konulup depoda saklanır.

Kişisel Sağlık Fişi : Ev Halkı Tesbit Fişlerinde yer alan her birey için bir “kişisel sağlık fişi”düzenlenir. Bu fiş, kişinin sağlık ocağına muayene olmak üzere yaptığı her başvuruda tıbbi sekreter tarafından çıkartılır. Hekim kişinin muayenesi ile ilgili bilgileri bu fişin arka yüzündeki satırlara işler, daha sonra fiş yerine kaldırır.

Kişinin her başvurusunda, fişin kolaylıkla bulunabilmesi gerekir. O nedenle her hane halkına ait bir zarf bulunmalı ve o hanede yaşayan herkesin kişisel sağlık fişleri bu zarfın içinde olmalıdır. Zarfların üzerinde, içinde kimlerin fişleri olduğu yazılı olmalı ve zarflar ailenin yaşadığı yerin muhtarlığına ve soyadına göre alfabetik sırada olmalıdır. Sözü edilen zarflar, Sağlık Bakanlığı tarafından

sağlanarak bütün ocaklara gönderilmiştir. Ancak, tükenmiş ya da sağlanmasında gecikmeler olmuş olabilir. Bu zarflar, yerel olanaklarla da yaptırılabilir.

Bir hane halkından bir kişi muayene olmak üzere başvurduğunda, yalnızca o kişinin fiş çıkartılıp hekime verilmemelidir. Aile zarfı bütünü ile hekime teslim edilmelidir. Böylece hekim, ailenin diğer fertleri hakkında da bilgi sahibi olabilir, başvuran kişinin durumunu etkileyebilecek aile faktörlerini öğrenme fırsatı elde eder. Ailedeki diğer hastalar hakkında bilgi edinme olanağını bulur.

Aile zarflarının bulunmadığı sağlık ocaklarında, kişisel sağlık teker teker soyadı sırasında saklanmaktadır. Bu yöntem tercih edilmemekle birlikte, zorunlu kalındığı durumlarda uygulanabilir. Kaçınılması gereken şey, EFT'lerin ya da kişisel sağlık fişlerinin hiç olmamasıdır.

Kişisel sağlık fişlerinin ön yüzlerinde, kişinin öz geçmişi, geçirdiği hastalık ve sakatlıklar ile aşılınmaları hakkında bilgiler yer alır. O nedenle, kişisel sağlık fişleri yalnızca hekimler tarafından kullanılmaz, aşığı yapan personelin de bu fişlere kayıtlar yapması beklenir. Ancak, aşılınmalarla ilgili bilgilerin, bir çok sağlık ocağında kişisel sağlık fişlerine kayıt edilmediği görülmektedir. Aşılınma ile ilgili bilgiler aynı zamanda "Bebek ve çocuk izleme fişleri"ne de kayıt edilmektedir. Eğer, bu yapıyorsa, aşılama bilgileri mevcut demektir. Elbette, bu bilgilerin aynı zamanda kişisel sağlık fişlerine de aktarılması iyi olacaktır. Fakat, bölge nüfusu kalabalık ve bu aktarma işlemi, personelin daha önemli diğer işlerini engelleyecekse, bundan vazgeçilebilir.

İzleme fişleri : Sağlık ocaklarında kullanılan 3 değişik izleme fişi vardır. Bunların hepsi de, ebelerin hizmetleri ile ilgilidir ve ebeler tarafından doldurulup saklanırlar. Sağlık ocağında, ebelerin bu fişleri düzgün bir biçimde saklayabilmeleri için birer dolaplarının ya da çekmecelerinin olması gerekir.

İzleme fişlerinden birisi "Gebe - Lohusa İzleme Fişi"dir. Daha öncede açıklandığı gibi yapılan gebe izlemleri, bu kişilerin gebelik sonuçları ve lohusalık dönemlerindeki izlemleri ile ilgili bilgiler bu fişlere işlenir. Her gebe için bir fiş düzenlenir.

Bebek ve Çocuk İzleme Fişi ise, bölgede yaşayan 0-5 yaşları arasındaki her bebek ve çocuk için çıkarılır. Bu fişlerde, izlemlerle ilgili bilgiler yanı sıra, çocukların aşılınmaları, hastalıkları gibi bilgiler de bulunur. Önemli bir husus, fişin ön yüzünde yer alan gelişme grafiğidir. Çocukların ağırlıkları, her ölçümde bu grafik üzerinde işaretlenerek, her çocuk için büyüme eğrisi elde edilmelidir. Bütün ebeler, bu grafiği çizmesini ve değerlendirmesini bilmelidir. Bilmeyenlere öğretmek, ocak hekiminin sorumluluğudur.

Üçüncü izleme fişi ise, 15-49 Yaş Kadın İzlem Fişidir. Bu formun önemine ve kullanılma nedenine daha önce değinilmişti. Ebelere ve personele form hakkında yeterli bilginin verilmesi ve formun kullanılmasının sağlanması ocak hekiminin görevlerindedir.

Aylık çalışma bildirimleri : Sağlık ocağında görevli her personel, günlük olarak yaptığı işleri kaydetmekle yükümlüdür. Bu işler ay sonunda toplanarak her personel için ayrı ayrı olarak düzenlenen formlara geçirilir. Böylece, her personelin iş yükü ve çalışmaları hakkında bilgi edinilebileceği gibi, sağlık ocağının toplam çalışmaları da derlemiştir olur. Bu formların incelenmesinden, sözgelimi, yılın hangi aylarında, hangi günlerinde, kaç hasta muayene edildiğini, bunlardan kaçının o bölgede yaşayıp kaçının bölge dışından geldikleri söylenebilir. Hangi ebenin, hangi günlerde kaç gebeyi ya da çocuk bulunduğu öğrenilebilir. Sağlık memurunun hangi günlerde ve kaç işyerinin denetlediği, kaç su örneği aldığı gibi bilgiler edinilebilir. Kısacası, personelin çalışma bildirimleri, aynı zamanda sağlık ocağının performansını değerlendirmek için de gereklidir.

Önemli olan, bu formların gerçekleri yansıtmasıdır. Ocak hekimi bu doğruluğu sağlayacak etkinlikte olmalıdır. Bu ise, iyi bir denetim ile sağlanabilir. Bu konuya ileride değinilecektir.

Hastalık bildirimleri : Bildirimi zorunlu olan hastalıklar günlük, haftalık ve aylık olarak sağlık grup başkanlıklarına ya da doğrudan il sağlık müdürlüklerine bildirilir.

Görüldüklerinde, zaman kaybetmeden bildirilmeleri gereken hastalıklar, uluslar arası bildirimi zorunlu hastalıklardır. Bunların bildirimi telefon ile ya da teslim edilecek resmi gizli yazılarla olabilir.

Sağlık ocaklarında en sık yapılan bildirimler haftalık olanlardır. Her hafta, pazartesi ile Pazar günleri arasında görülen bildirimi zorunlu hastalıklar bir liste halinde (form 015) ve her hastalık ayrı formlara işlenerek (form 016) bir üst makama bildirilir. Bir ay içinde yapılan haftalık bildirimler ay sonunda toplanarak, toplu halde o ayı izleyen ayın ilk haftası içinde yeniden bildirilir (form 017). Bu formlarda, hastalanan ve ölen kişilerin sayıları belirtilir. Bildirimlerde, ay bütün olarak ele alınır. Bir ay 4 ya da 5 haftaya bölünmüş olabilir. Bütün olmayan haftalar da bütünmüş gibi düşünülüp bu haftalar için ayrı birer bildirim formu düzenlenir. Haftalık bildirimler bildirimi zorunlu olan hastalıklar teşhis edilme bile her hafta muntazam olarak il sağlık müdürlüklerine iletilmelidir. (Buna sıfır bildirim adı verilir)

Aşı kayıtları : Aşı kayıtların asıl amacı, sağlık ocağı bölgesinde, hastalıklara göre aşıları olanların bilinmesi ve bölgenin aşılama oranlarının hesaplanabilmesidir.

Ayrıca, ocakta harcanan aşı miktarları da aşı kayıtlarından çıkartılabilir.

Yapılan aşilar form 012 ve 013'e işlenir. Bu kayıtlarda tam aşılarla, rapel doz aşı yapılanlar belirtilir. Tam aşıli denildiğinde, söz konusu hastalığa karşı aşıli kılınmış kişi anlaşılır. Örneğin, üçüncü doz çocuk felci aşısı yapılmış olan çocuk, çocuk felcine karşı tam aşıli demektir.

Her ay sonunda, bu formlara yazılan aşı bilgilerinin kişisel sağlık fişlerine aktarılması iyi olur.

Aylık istatistik bildirimini : Ocak personeline doldurulan aylık çalışma formlarındaki bilgiler (form 023) geçirilir. Bu formda ayrıca, o ay içinde sağlık ocağında görevli olan personel sayısı, fiilen çalışan personel sayısı, her personel tarafından gezilen muhtarlık sayıları, muayene edilen kişi sayısı, yapılan laboratuvar incelemelerinin türleri ve sayıları, izlenmesi gereken gebe ve çocuk sayıları, ocak bölgesinde o ay içinde ölenlerin yaş ve cinsiyetlerine göre dağılımı ile ilgili bilgiler yer alır.

Gezi programı / beyanı : Sağlık ocağı hizmetlerinin önemli bir bölümü gezici hizmetler biçiminde yürütülür. Köy ve ev ziyaretleri yapılır. Bu ziyaretlerde, gebe ve çocuk izlemleri, hasta ziyaretleri yapılır, poliklinik çalışmaları ile çevre sağlığı ve halk eğitimi çalışmaları yürütülür. Bütün bu çalışmaların düzenli ve planlı olarak yapılması esastır. Bu nedenle, her ay başında bir gezi programı hazırlanarak sağlık grup başkanlığına sunulmalıdır. Her ay başında sağlık ocaklarından gönderilen formlardaki bilgiler bir önceki aya ait olduğu halde gezi programı bir sonraki aya aittir.

Her ayın sonunda ise, gezilen yerleşim yerlerinin belirtildiği gezi beyanı formu doldurulur. Aslında bu iki form aynı formdur. Böylece sağlık grup başkanlığı o sağlık ocağının gezici hizmetlerinin denetleme imkanı bulur. Ayrıca, personele ödenen gezici hizmet tazminatları da bu beyanlar dikkate alınarak ödenir.

Öte yandan, özellikle, kentsel yörelerde bu formlar anlamını yitirmiştir. Ve bir çok yerde titizlikle doldurulmamaktadır.

Ana-Çocuk Sağlığı Program Çalışmaları (İshal ve ASYE) : Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması genel Müdürlüğü tarafından yürütülmekte olan ishal ve akut solunum yolu enfeksiyonları kontrol programı çerçevesinde toplanan bilgileri içerir. Her ay doldurularak il sağlık müdürlüklerine iletilir. Müdürlükler bütün sağlık kuruluşlarından gelen bilgileri derleyerek Sağlık bakanlığına ulaştırır. Bu formlarda teşhis edilen hasta sayılarından başka, dağıtılan ilaç miktarları hakkında da bilgiler yer alır. Böylece, söz konusu programların lojistik programlarını da yapmak mümkün olabilmektedir.

Aile planlaması çalışmaları : Bir ay içinde yürütülen aile planlaması çalışmaları hakkındaki bilgileri içerir. Her sağlık kuruluşundan gelen bilgiler il sağlık müdürlüğü tarafından toplanıp 102-A numaralı forma aktarılarak Sağlık Bakanlığına ulaştırılır.

Diğer formlar : Sağlık ocaklarında ölümler ve doğumlarla ilgili bilgiler de toplanmaktadır. Bu bilgilerin bazıları Devlet İstatistik Enstitüsüne bazıları ise İçişleri Bakanlığına ulaştırılır.

Sağlık ocaklarında her ayın sonunda derlenen bilgiler ilgili formlara geçirildikten sonra, ait olduğu ayı izleyen ayın ilk haftası sonuna kadar sağlık grup başkanlığına, böyle bir makam kurulu değilse, doğrudan il sağlı müdürlüğüne gönderilmelidir.

Ocaktaki bütün formların düzenlenmesinden tıbbi sekreter (memur) sorumludur. Ancak, ocak hekimi bu formları iyice inceleyip tam ve doğru olduklarını görmeden imzalamamalıdır.

Bölüm 6

YAZIŞMALAR

Kamu kurum ve kuruluşlarının aralarında ya da özel ve tüzel kişilerle iletişim genellikle yazışma yolu ile olur. Faks ile de haberleşilebilir. Kuşkusuz bazı konularda, sözlü iletişime de başvurulabilir. Ancak, yapılması istenilen ya da yapılmış olan şeylerin yazıya dökülmesi esastır. Bunun üç nedeni vardır:

- a. Hizmetler süreklidir. Yazışmalar, kalıcı olduğundan çalışan kişiler değişse de, hizmetin sürekliliğini sağlar.
- b. Sözlü iletişimlerde, anlatılmak istenen ile anlaşılan şeyler farklı olabilir. Bu olasılık yazılı iletişimde daha azdır.
- c. Yazıya dökülen her şey, aynı zamanda kanıt niteliğindedir. Bazı durumlarda, amirler ya da memurlar bir işi gerçekleştirdiklerini kanıtlamak durumunda kalabilirler.

Yazım kuralları

Resmi yazışma kuralları özel yaşamımızda kullandığımız yöntem ve dilden farklıdır. Bütün kamu kurumlarında yapılan yazışmaların düzenli ve benzer biçimde olmalarını sağlamak amacıyla bir resmi yazışma dili ve kuralları oluşturulmuştur. Bu konuda zaman zaman hükümet genelgesi de yayınlanmıştır. 17 Şubat 1994 tarihinde Başbakanlık tarafından yayınlanan “Resmi Yazışma Kurallarını Belirleyen Esaslar” konusundaki genelgeye göre resmi yazılarda şu noktalara dikkat edilmesi gerekmektedir:

1. Resmi yazılar, elektronik ya da mekanik daktilo makinası ya da bilgisayar ile yazılır.
 2. Fakslar EK 6’daki şekle uygun olarak hazırlanacaktır. Faks ile gönderilen mesajların beş gün içerisinde yazı ile doğrulanması gerekir.
 3. Resmi yazılar kural olarak bir asıl ve bir kopya olarak iki nüsha hazırlanır. Asıl olanı hitap edilen kuruluşa gönderilir, kopya olanı yazının yazıldığı birimde saklanır. Yazı birden çok kurum ya da kuruluşa gönderilecekse,
-

fotokopi ya da diğ er yollar ile çoğ altılabilir.

4. Yazış malarda A4 (210x297 mm.) boyutlarındaki tek tip kağı t kullanılacaktır. Bilgisayarla yazılı p basılan yazılar için 11x24 inç”lik sürekli form kullanılabilir.
 5. Yazı, kağı dın yalnızca bir yüzüne yazılabilir.
 6. Yazıyı gönderen kuruluş un ad, sembol ve adresini anlatan baş lık (antet), kağı dın üst kenarından iki aralık aşağı da ve orta bölümde bulunacaktır. Taş ra teş kilatındaki kuruluş lara ait baş lıklarda ş ehir adı belirtilebilir.
 7. Baş lığın son satırından iki aralık aşağı da ve kağı dın sol kenarından 12 karakter içeriden başlayarak büyük harflerle SAYI: yazılacak ve yazının kod numarası, dosya numarası ve kayıt numarası yazılacaktır. (Bu konu ileride ayrıntılı olarak açıklanacaktır.)
 8. Kayıt numarasının hizasında ve sağı baş ta yazılış gününün tarihi bulunacaktır. Tarih, hepsi rakamla olmak üzere gün/ay/yıl biçiminde yazılacaktır.
 9. Kayıt numarasının hemen altında, yazının konusu birkaç kelime ile belirtilecektir.
 10. Konun yazıldığı satırdan 2-6 satır aşağı dan baş lamak üzere, yazının gideceğı makam yazılacak, bunun bitim yerinden bir daktilo aralığı kadar aşağı ya, o makamın bulunduğu kent yazılacaktır. (Buna “hitap” denir.) Hitap, kısaltma yapılmadan ve büyük harflerle yazılacaktır. Eğer yazı, gönderilen kuruma bağı lı bir alt birimi ilgilendiriyorsa, hitap yazısının altına bu birimin adı parantez içinde ve küçük harflerle yazılacaktır. Resmî görevli olmayan kişilere hitap edilirken adın önüne “Sayın” ibaresi eklenecektir. Resmî görevliler için buna gerek yoktur.
 11. Hitap yazısının altına, üç daktilo aralığı kadar boşluk bırakılarak, bu yazıyla ilgili olan önceki yazış malar İLGİ: baş lığı altında sıralanacaktır. İlgili yazılar tarih sırasına göre alt alta yazılacaktır. Birden çok ilgili yazı varsa, bunlar a), b), c), ... gibi küçük harflerle belirlenecektir. İlgili yazılar tarih ve sayıları belirtilerek yazılacaktır. Kısaltmalar kullanılabilir. Mevzuat da ilgi olarak gösterilebilir. Eğer, ilgili yazı faks ile gelmiş se, faks referans numarası belirtilecektir.
 12. İlgiden sonra başlayıp imza bölümüne kadar süren bölüme metin denir. Metinde, yazının içeriğini oluşturan düş ünceler paragraflar, bentler ve alt
-

bentlerle açıklanır. İlk paragraf ile ilgi yazısı arasında üç satır boşluk bırakılacaktır.

13. Paragrafların ilk satırları, kağıdın kenarından 19 harf içeriden başlamalıdır. Diğer satırlarda bu boşluk 12 harf olmalıdır. Satır sonları ile kağıdın köşesi arasında 5 harflik boşluk kalacaktır. Paragraflar arasında bir satır boşluk bırakılacaktır.
14. Paragraflar sayı ya da harf ile başlayamaz. Bent ve alt bentlere ayrılarak numaralandırılabilir. Bentler rakam, alt bentler harf ile ifade edilir.
15. Zorunlu durumlar dışında, yazının tek sayfaya sığdırılmasına çalışılır.
16. Metin bölümü genellikle üç bölümden oluşur. İlk bölümde ilgileri ile birlikte konunun kısaca anlatılması, ikinci bölümde görüşle birlikte karşı görüşün belirtilmesi, sonuçta kesin önerinin yer alması genel kuraldır. Fakat, gerekli durumlarda, bu şekilden farklı bir yazım biçimi de uygulanabilir.
17. Resmi yazışmalarda, Türk Dil Kurumu'nca çıkartılan yazım kılavuzuna uyulmalı, sade ve kesin bir dil kullanılmalıdır. Uzun, ağdalı, yabancı kelimelerle dolu bir yazı hitap edilen kişi tarafından tam anlaşılamayabilir. Oysa, yazışmaların birinci kuralı anlaşılır olmasıdır.
18. Resmi yazışmalarda, bitiş cümlesine ayrı bir önem verilir. Bu cümle üç şekilde bitirilebilir:
 - a)arz ederim. : Üst makamlara yazılan yazılar kesinlikle böyle bitirilmelidir. Ayrıca, halkın oyu ile işbaşına gelen makamlara da (belediye başkanı, muhtar vb.) arz edilir.
 - b) ... rica ederim. : Alt makamlara yazılan yazılar böyle bitirilir. Resmi yazışmalarda "rica etmek", emir vermek anlamındadır. Eşit düzeydeki makamlar arasındaki yazışmalar da bu şekilde bitebilir.
 - c) arz ve rica ederim. : Eğer bir yazı hem üst hem de alt makamlara gönderilecekse, bu şekilde sonlandırılır.

Bazı yöneticilerin, bitiş cümlesine çok önem verdiklerini ve bu konuda hata yapanları cezalandırma yoluna gidebilecekleri unutulmamalıdır. O nedenle, tereddütlü kalınan durumlarda "rica ederim" demektense, "arz ederim" demek bir sakınca yoktur.

19. Yazının sonundan 2-4 daktilo aralığı kadar aşağıya ve sağ alt köşeye, imzayı atacak kişinin adı-soyadı, bunun altına da memuriyet ünvanı yazılacaktır. Ad küçük harflerle, soyad büyük harflerle yazılacaktır. İmza,

adın üzerine atılacaktır. İmza, adı yazılı kişiye ait değil de onun yerine imzalayan bir başkasına ait ise, adın sonuna, dolma kalem ya da tükenmez kalemle, yerine anlamına gelen (Y) ibaresi konulacaktır.

20. İmza bölümünün bitiminden itibaren iki ara verilerek, satır başından başlanmak üzere sol başa, büyük harflerle ve eğer varsa, EKLER: yazılıp altı çizilir. Bunun altına sırayla Ek 1, Ek 2, biçiminde ekler belirtilir. Yazının ekine konulacak bu eklerin üzerinde de aynı numaraların bulunmasına dikkat edilmelidir. Yazının birden çok kuruluşla gönderildiği durumlarda, eklerin hepsini her kuruluşla göndermek gerekemeyebilir. Bu durumda dağıtım listesinde, o kuruluşun hizasına “ek gönderilmedi” ya da “..... sayılı ekler gönderildi” ibaresi konulacaktır.
21. Yazı birden çok yere dağıtılacaksa, eklerin altına büyük harflerle DAĞITIM: yazılıp altı çizilir. Bunun bir satır altına yazının gönderileceği yerler sıralanır. Bu sıralama iki grup biçiminde yapılır. Yazıda belirtilen işi yapacak olan yerler “Gereği için” başlığı altında, yalnızca bilgi edinmeleri için gönderilen yerler ise “Bilgi için” başlığı altında sıralanırlar. Gereği için olanlar dağıtım yazısının altına, bilgi için olanlar aynı hizada sağ tarafa sıralanır. Dağıtılacak kuruluşlar protokol sırasına göre listelenir.
22. Gizli yazılarda, gizlilik derecesi, başlığın üstünde kırmızı damga ile belirtilir.
23. İvedi yazılarda ivedilik derecesi (İVEDİ, ÇOK İVEDİ) kırmızı damga ile ya da altı çizili daktilo yazısı ile tarihin hemen üstünde belirtilir.
24. Birden çok sayfalı yazılarda, ilk sayfaya numara konulmayacak, sonraki sayfaların üst ortasına numara konulacaktır.

Yazışmalarda dikkat edilmesi gereken bazı noktalara daha değinmekte yarar vardır:

1. Yazışmalar hiyerarşik düzen için birbirin astı ve üstü olan ya da aynı düzeydeki makamlarda bulunan kişiler arasında olur. Bir astın, bir üstünü atlayarak onun üstündeki makama yazması özel durumlar dışında suçtur. Sözelimi, bir ocak hekimi, doğrudan Sağlık Bakanlığı'na yazamaz. Yazısını bir üst makam olan sağlık grup başkanlığına, böyle bir oluşum yoksa, il sağlık müdürlüğüne yazması gerekir. O makam dilerse, bu yazıyı bir üstteki makama iletir.

Ancak, yazının içeriği, bir üstteki amiri şikayet ya da onun yaptığı bir usulsüzlüğü duyurma amacını taşıyorsa, ya da müteaddit defalar bir üst

amire yazıldığı halde yanıt alınamamışsa, o zaman bir üst makam atlanarak onun üstündeki makama yazılabilir. Bu durumda, bunun gerekçesi de yazıda belirtilir.

2. Sağlık ocakları ile sağlık müdürlükleri arasında doğrudan yazışmalar yapılabilir. Ancak, bazı illerde ya da bazı ilçelerde, kaymakamlar ya da valiler, sağlık ocağı ile ilgili bütün yazışmaların kaymakamlık aracılığı ile yapılmasını isteyebilirler. Bu konu valilerin tutumu ile yakından ilgilidir. O nedenle, çalışılan ildeki tutum bilinerek ona göre davranılmalıdır.
3. Hiçbir yazı okunmadan imzalanmamalıdır. Her imzanın bir sorumluluk getireceği unutulmamalıdır.

Gizli yazılar : Gizli yazı, o yazıyı yazanla yazılan kişiden başkasının bilmemesi gereken yazıdır. Gizlilik dereceleri önem sırasına göre şöyledir: ÇOK GİZLİ, GİZLİ, KİŞİYE ÖZEL, HİZMETE ÖZEL.

Çok gizli yazılar, genellikle ülke güvenliğini ilgilendiren yazılardır. Sağlık hizmetlerinde çok gizli olan yazılar nadirdir.

Personel sicilleri, cezalandırmalar, uluslararası bildirim zorunlu hastalıkların görüldüğüne ait yazılar, duyulduğunda o hastayı rencide edebilecek (frenği gibi) hastalıklarla ilgili olanlar “gizli” derecesindeki yazılardır.

Kişiyeye özel yazılar, genellikle soruşturma evrakı niteliğinde olanlardır.

Hizmete özel yazılar ise, diğer gizli yazılardan farklı olarak hizmette görevli olan daha fazla sayıdaki kişi tarafından bilinirler. Bunlar, hizmetle ilgili değerlendirmeler, istatistiki değerler, genelgeler, henüz kesinleşmemiş raporlar olabilir. Burada amaç, bu yazıların basına ve dolayısıyla kamuya açıklanmasının sakıncalı olduğuna işaret etmektedir.

Gizli yazıların yazılması ve saklanması normal yazılardan farklıdır. Gizli yazılar ya amirin kendisi ya da yeminli bir sekreter tarafından yazılmalıdır. Bunların kayıt edildikleri defterler (Gizli Evrak Defteri) ve saklandıkları klasörler de (Gizli Evrak Dosyası) diğerlerinden ayrıdır. Normal yazışmalarla ilgili kayıtları ocak sekreteri tutup sakladığı halde, gizli yazışmalarla ilgili kayıtları amir (ocak hekimi) tutar ve saklar. İş yükü fazla olan birimlerde, bu yazışmalar amirin uygun göreceği bir yeminli memur tarafından da yürütülebilir.

Gizli yazıların her sayfasında kırmızı damga ile ya da daktiloda büyük harfle yazılıp altı çizilmiş olarak gizlilik derecesi belirtilir. Zarfların üzerinde de aynı

ibare olmalıdır. Açıklığı yukarı bakan hilal işareti “gizli”, iç içe girmiş iki hilal işareti ise “çok gizli” anlamına gelir. Bazı zarflar üzerinde bu işaretlere de rastlanılabilir. Girilmesi yasak olan odaların kapılarında da aynı işaret olabilir.

Sağlık ocağına gelen normal yazıların zarfları yapıştırılmamış olabilir. Fakat, gizli yazıların bulunduğu zarflar mutlaka kapalı olmalıdır. Normal yazılar, sekreter tarafından kabul edilip açıldığı halde, üzerinde gizli olduğu belirtilen zarflar yalnızca amir tarafından açılabilir. Bunların kayıtları ve cevaplandırılmaları da amire aittir. Verilen cevap yazıları üzerinde de aynı gizlilik derecesi belirtilmelidir.

Evrak işlemleri

Evrak kaydı : Sağlık ocağına gelen ve ocaktan diğer kuruluşlara gönderilen bütün yazıların (evrak) uygun biçimde kayıt edilmeleri ve saklanmaları gerekir.

Ocağa gelen yazılar posta ile ya da bir kişi aracılığı ile gelebilir. Gelen bütün yazılar önce ocak sekreterinde (memur) toplanmalıdır. Sekreter bu yazıları açar, hızla okur ve “Gelen Evrak Defteri”ne kayıt eder. Bu defterde, yazının yazıldığı tarih, ocağa geliş tarihi, numarası ve konusu gibi bilgilere yer verilmiştir.

Kayıt sırasında sekreterin yapması gereken önemli bir iş yazıya cevap verilip verilmeyeceğini değerlendirmektir. Bunun için yazının son paragrafını, özellikle son cümlesini okumak yeterlidir. Eğer, yazı bilgi için gelmiş ise, büyük bir ihtimalle, cevap verilmeyecek demektir. Eğer, gereği yapılmak üzere gelmişse, cevap verilebilir, Eğer, “günlü” (miyadlı), yani belirtilen işin belirli bir süre içinde bitirilmesi isteniliyorsa, kesinlikle cevap verilecek demektir.

Gelen evrak defterinde, yazının kayıt edildiği satırın son bölümü verilecek cevaba aittir. Verilen cevap yazısının kaydı, Giden Evrak Defteri’ne yapıldıktan sonra, aynı bilgiler bu cevabın karşılık olarak verildiği, gelen yazının kayıt edildiği satırın son bölümüne de aktarılır. Böylece, gelen yazı ile ilgili işlem tamamlanmış olur. Bu yapılmazsa, gelen yazının kayıt edildiği satırın son bölümü açık kalır. Bunun anlamı, o yazının cevabının verilmemesi, yani o yazıyla işlerin henüz tamamlanmadığıdır. İşte, cevap verilmesi gerekmeyen yazılarla ilgili olarak bu bölümün, gelen yazının kayıt edildiği sırada, peşin olarak çarpı (X) ya da çizgi (-) ile kapatılması gerekir. Böylece, gelen evrak defterine bakıldığında, hangi yazılara henüz cevap vermediği derhal anlaşılır.

Sağlık ocağı hekiminin, zaman zaman yukarıda belirtildiği gibi, gelen evrak defterini denetlemesi ve cevabı verilmemiş yazıları belirleyip, işlemleri hızlandırmasında yarar vardır. Bu denetim yapılmazsa, yazıların cevapları gecikebilir. Böyle durumlarda, yazının gönderilmiş olduğu makamdan bir “tekrit”

yazısı gelebilir. Bu yazıda, önceki yazıya cevap alınamadığı ve işlemin hızlandırılması yazılıdır. Tekit yazıları, genellikle basılı formlardır. Eğer, birinci tekit yazısından sonra da makul bir süre, ya da tekitte belirtilen süre geçtiği halde cevap verilmezse, ikinci kez tekit yazısı gelebilir. Eğer hala cevap verilmezse, üçüncü tekit yazısı gelmez, gecikme ile ilgili olarak soruşturma işlemi açıldığını belirten bir yazı ile savunma istenebilir.

Yukarıda açıklanan yöntemin, evrak kaydı yapan herkes tarafından bilinmesi ve uygulanması gereklidir. Bilmeyenlere öğretmek ve uygulamak amirin (ocak hekiminin) görevidir. Çünkü yazışmaları sekreter, ocak hekim adına yürütür. Sorumluluğun hekime ait olduğu bilinmelidir. O nedenle, yukarıda açıklanan örnekte olduğu gibi bir soruşturma açıldığında, ceza sekretere değil, amire verilir.

Tıpkı gelen evraklarda olduğu gibi, giden evrakın kayıt edildiği “Giden Evrak Defteri”nde de aynı bölüm vardır. Cevap beklenmeyen yazıların kayıt edildikleri satırlarda bu bölüm kapatılmalı, cevap beklenenlerinki açık bırakılmalıdır. Açık bırakılan yazılara alınan cevaplar geldiğinde, gelen yazı aynı zamanda buraya da işlenmelidir. Böylece, o yazıyla ilgili işlem kapatılmış olur.

Giden Evrak Defteri de zaman zaman denetlenmeli ve cevabı alınmamış yazılar tesbit edilerek ilgili yerlere ikinci kez yazılar yazılmalıdır. Dikkat edilmesi gereken husus şudur: Ast üstüne tekit yazısı gönderemez. Yalnızca, konuyu hatırlatıp cevabın verilmesini yeniden arz edebilir.

Yazıların sol üst köşelerinde belirtilen sayı (numara) yazının giden evrak defterinde kayıt edildiği satırın numarasıdır. Bu numaralar her yıl başında “1”den başlatılır.

Amirin görevi : Sekreter, gelen yazıyı kayıt ettikten sonra, yazının alt kısmına defterdeki sıra numarasını ve kayıt tarihini yazıp amire teslim etmelidir. Bazı yöneticiler, gelen yazıları günün belirli saatlerinde görmek isteyebilirler. Sözgelimi, bir yönetici, her sabah masasında bir gün önce gelen bütün yazıları ve verilen cevapları bulmak isteyebilir. Bir diğeri aynı şeyi öğleden sonra isteyebilir. Bazıları ise, zaman sınırlaması olmaksızın yazının geldiğinde derhal kendisine ulaştırılmasını tercih edebilir.

Sağlık ocağında bir hekim varsa, sabahları poliklinik işlemleri ile meşgul olacağı için, hekim yazışmalara sabahları pek zaman ayıramaz. O nedenle, yazıların poliklinik bitiminde ilgilenmesi normaldir. Ancak, birden fazla hekim varsa, başhekim (yürürlükteki standart kadro yönetmeliğinden önce yönetici hekim denilirdi) ilgilenmek için daha fazla zaman ayırabilir.

Hekim kendisine ulaştırılan her yazının tamamını okumalıdır. Daha sonra, yazının

altına, bu yazıyla ilgili olarak yapılması gereken işlemi kısaca belirtmeli ve bu işlemle ilgili olarak kimi görevlendirdiğini yazmalı ve imzalamalıdır (ya da parafını koymalıdır). Daha sonra, yazıyı sekretere iade etmeli ve görevlendirdiği kişiye ulaşmasını sağlamalıdır.

Amirin yazının altını imzalaması demek, yazıyı okuduğu ve gereğini yapacağı anlamına gelir. İleride, yazının gereği yerine getirilmezse, bu imza onu bağlar.

Yazının gereği yapıldıktan sonra, cevabı ya gereğini yerine getiren kişi ya da amir tarafından düzenlenir ve sekreterce resmi yazı biçiminde yazılır. Giden evrak defterine kayıt edilip hekimin imzasına sunulur. Hiçbir yazı okunmadan imzalanmamalıdır.

Evrak kodlama ve saklama sistemi : Yazışmalar, hizmetlerin can damarıdır. Hizmetin sürekliliğini sağlar. O nedenle sık sık önceki yazışmaları gözden geçirmek gerekebilir. Eğer, yazılar uygun biçimde arşivlenmezlerse, bulunamazlar. Yazışma işleri düzenli olan bir ocakta, arandığı herhangi bir yazı hızla ve kolayca bulunabilir. Burada söz konusu olan, yazıların saklanması değil, arşivlenerek saklanmasıdır. Bir başka deyişle, yazılar konularına göre sınıflandırılarak saklanırlar.

Yazışmalarda kullanılacak kodlar Başbakanlığın 13.8.1991 tarihli bir genelgesi ile düzenlenmiştir. Buna göre, bütün kamu kurumlarında kodlama sistemleri standardize edilmeye çalışılmıştır. Bu sisteme göre 14 hanelik bir kod formatı oluşturulmuştur. Bu format ile, yazının hangi kurumun, hangi kuruluşunun, hangi biriminden yazıldığı kolayca anlaşılmaktadır. Bu formattaki haneler ve anlamları şöyledir:

O.AA.B.CCC.D.EE.FF.GG

O : Yazının, Devletin üç ögesinden (yasama/yürütme/yargı) hangisine ait olduğunu ifade eder. Yasama tarafından yazılan yazılara “A”, yürütme tarafından yazılanlara “B”, yargı tarafından yazılanlara ise “C” kodu verilecektir. Sağlık Bakanlığı yürütme içinde yer aldığından, Sağlık Bakanlığına bağlı bütün kuruluşlarda “B” kodu kullanılacaktır.

AA : Kurum kodudur. Sağlık Bakanlığının kodu “10” olduğundan, bu Bakanlığa bağlı bütün kuruluşlar “10” kodunu kullanacaktır.

B : Yazının, söz konusu kurumun hangi düzeyindeki kuruluşuna ait olduğunu ifade eder.

- 1 - Sürekli kurul, bağlı kuruluş
- 2 - İlgili kuruluş
- 3 - Yurtdışı kuruluş
- 4 - Taşra teşkilatı
- 5 - Sorumlu kuruluş

Sağlık Bakanlığının merkez teşkilatınca yazılan yazılar “0” kodu alırlar. Sağlık müdürlükleri ve sağlık ocakları Bakanlığın taşra teşkilatı içinde yer aldıklarından “4” kodu kullanılacaktır.

CCC : Yazının, kurum içindeki hangi birim (genel müdürlük, valilik, sağlık ocağı vb.) tarafından yazıldığını gösterir. Harfler kullanılarak kodlanır. Örneğin, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yazılan yazılar “TSH” kodunu, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu tarafından yazılan yazılar “APK” kodunu alırlar. Sağlık ocakları için “SOH” kodu kullanılır. (Bkz. EK 8).

D : Yazının, CCC kodunda belirtilen birimin, kurumun hangi alt ayrımında olduğunu gösterir. Bölge teşkilatı olan kurumlar (DSİ gibi) burada bölge kodlarını kullanırlar. Sağlık Bakanlığı il ve ilçe teşkilatı esasına göre örgütlendiği için, buraya yazının yazıldığı kuruluş merkezde ise (Bakanlık, il sağlık müdürlüğü) “0” kodu, il ya da ilçede merkez birim dışında kalan bir birim (sağlık ocağı vb.) ise “2” kodu yazılacaktır.

EE : Yazının yazıldığı kuruluşun yer aldığı bölge ya da il kodunu ifade eder. Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlar, buldukları ilin trafik kodunu yazacaklardır.

FF : Sağlık ocakları buraya buldukları ilçenin kodunu yazacaklardır.

GG : Yazının ilgili kuruluşun hangi alt birimi tarafından (Daire başkanlığı, Şube müdürlüğü vb.) kaleme alındığını ifade eder. Bu birimlerin kodları ilgili kurumlarda mevcuttur.

Dosya ve kayıt numaraları : Yukarıda açıklanan kodlama yapıldıktan sonra (-) işareti konulacak ve dosya numarası yazılacak, bundan sonra da (-) işareti konulup kayıt numarası yazılacaktır. Kayıt numarası, yazının giden evrak defterine kayıt edildiği sıra numarasıdır.

Dosya numarasına gelince, Başbakanlık genelgesinde dosya numarasının ne olduğuna ait bir açıklama bulunmamaktadır. Bu numaranın, yazının içeriği ile ilgili konu kodu olduğu anlaşılmaktadır. Çünkü genelgede açıklanan kodlama sistemi, yazının hangi kuruluş tarafından yazıldığına ilişkin ayrıntılı bilgi

vermekle birlikte, bu kodlama yazının işlem gördükten sonra arşivlenmesi için yeterli olmamaktadır. Oysa, bütün yazılar, işlem gördükten sonra bir sistematik içinde saklanmalı ve gerektiğinde kolayca bulunabilmelidir. Bu nedenle, yukarıda açıklanan genelgeden önce, Sağlık Bakanlığının bütün kuruluşlarında dört haneli bir konu kodu sistemi kullanılmakta idi. Yazılar bu kodlar altında saklanır ve bulunurlardı. İşte, yukarıda açıklanan yeni kodlama sistemi yapıldıktan sonra, söz konusu Başbakanlık genelgesinde belirtilen “dosya kodu” olarak bu kodlama sisteminin aynen kullanılmasına devam etmekte yarar vardır (Bu kodlar EK 8’de verilmiştir).

Bu kod numaraları Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiştir ve Sağlık Bakanlığına ait bütün kuruluşlarda aynı kodlama sistemi kullanılmaktadır.

Her sağlık ocağında, kodlama sisteminde yer alan ve her kod için ayrılmış bir “yarım kapaklı dosya” bulunmalıdır. Bu dosyalar üzerinde ilgili kod numarası yazılı olmalıdır. Dosyalar, klasörler içine yerleştirilir ve klasörlerin sırtına, içinde hangi kodlu yazılara ait dosyalar bulunduğu yazılır.

Gelen ve giden bütün yazılar, işlem gördükten sonra, konusuna uygun dosyalara ve yazım tarihlerine göre kronolojik olarak (önce yazılan altta, sonra yazılan üstte) yerleştirilmeli ve saklanmalıdır.

Bir yazıyı bulmak için sekretere bazı ip uçlarının verilmesi yeterlidir. Örneğin, yazının konusu, tahmini geliş tarihi gibi bilgiler yazının kolayca bulunması için yeterli olacaktır. Yapılacak şey, belirtilen konu ile ilgili dosyayı bulup, sözü edilen yazının yazım tarihine göre aranmasıdır. Arşivi düzenli olan ocaklarda, hiçbir yazının bulunması birkaç dakikayı geçmez.

Yazılar, masa üzerlerinde ya da çekmecelerde bulundurulmamalı, en kısa sürede ilgili dosyasına yerleştirilmelidir. Özellikle, gizli yazıların ortalıkta bulundurulmaları sakıncalı ve yasaktır.

KODLAMA ÖRNEĞİ : Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi, bağışıklama şubesince, sağlık ocaklarında kızamık aşılarının uygulanışı ile ilgili bir yazısı şu kodu alır :

B.10.0.TSH.0.00.00.05/1100/ ---

Aynı yazıya, Ankara ili, Çubuk 1 No’lu Sağlık Ocağı hekimliği tarafından verilen cevap yazı ise şu kodu alır:

B.10.4.SOH.2.06.41.00./5110/ ---

Bu cevabın il sağlık müdürlüğünden Bakanlığa gönderilmesinde verilecek kod ise Őyledir:

B.10.4.İSM.4.06.00.05./5110/ ---

Kıymetli evrak kavramı : Bütün evrak kıymetlidir. Ancak, kıymetli evrak deyimini ile bazı evrakın yazılmasına, postalanmasına ve saklanmasına ayrı bir zen gösterilmesi gerektiği anlatılmaktadır.

Bu yazılar arasında mali işlerle ilgili olan makbuz, dekont, ek, ayniyat tesellüm makbuzları ve koçanları, pullar ile adli olaylarla ilgili yazışmalar ve gizli yazılar sayılabilir.

Bölüm 7

MALİ İŞLER

Amirlerin ve memurların en fazla çekindikleri konular para ile ilgili olanlardır. Bunun nedeni, para ile ilgili işler konusunun az bilinmesi ve cezalandırılma endişesidir.

Sağlık ocaklarında para ile ilgili işler en alt düzeyde olmakla birlikte, miktar olarak önemsenerek düzeye erişen mal ve para girdileri ve çıktıları olabilmektedir. Her hekimin, özellikle kamu kurumlarında çalışacak hekimlerin bazı temel kavramları bilmelerinde yarar vardır.

Tahakkuk memuru : 1050 sayılı Muhasebe-i Umumiye Kanunu'nun 8. maddesine göre, devlet giderlerini mevzuata uygun biçimde gerçekleştirenler tahakkuk memuru olarak tanımlanır. Muhasebat Genel Müdürlüğü'nün 4 Ocak 1994 tarih ve 21808 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan tebliğine ve Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmeliğin 6. maddesinin (h) fıkrasına göre, il ve ilçelerde tahakkuk memurluğu görevinin kimlere verileceği Maliye ve Sağlık Bakanlıkları'nca belirlenir. Sağlık Bakanlığı 7.2.1995 gün ve 306 sayılı Makam onayı ile tahakkuk memurlarını belirlemiştir. (Bkz. EK 9). Bu onaya göre, sağlık ocakları ile ilgili tahakkuk memurları, il merkezlerinde sağlık müdür yardımcılarında birisi, ilçelerde merkez sağlık ocağı tabibidir.

İta Amiri : Aynı yasanın 10 maddesinde, devlet hizmetlerine ilişkin giderlerin geçici ya da kesin olarak ödenmesi için saymanlara yazılı emir ve izin verenler "ita amiri" olarak tanımlanmaktadır. Bakanlar birinci derece, onların yetki devri yaptıkları taşradaki görevliler ikinci derece ita amirleridir. Yukarıda değinilen, Sağlık Bakanı onayı ile illerde belirlenen ita amirlerinin listesi EK 9'da verilmiştir. Bu onaya göre, sağlık ocakları ile ilgili ita amirleri il merkezlerinde sağlık müdürleri, ilçelerde kaymakamlardır.

Sayman : Aynı kanuna dayanılarak çıkartılan ayniyat talimatnamesinin birinci maddesi, ayniyat saymanını (muhasibini), döner sermayeler dahil olmak üzere, bütün kamu kurumlarında yapım işlerinin, üretilen malın ve bu kurumlarda bulunan kullanılmaya, harcanmaya (sarf) ve tüketilmeye (istihlak) ait eşya ve maddeler (levazım-gereç) ile her çeşit demirbaş eşyanın girip çıkması, bozulma ve

çürümeden dolayı kayıpları, fire sonucu azalmaları ve ambardaki fazlalıklarının takip etmek ve hesaplarını vermekle yükümlü kişi olarak tanımlar. Saymanlar hesaplarını Sayıştay'a vermekle yükümlüdürler.

Sayman mutemedi : Veznedar, tahsil memuru, tahsildar, ambar memuru gibi ünvanlarla, sayman adına ve hesabına geçici olarak değerleri almaya ve sarfa yetkili olan memurlardır. Hesaplarını saymana vermekle yükümlüdürler.

Demirbaş mallar : Sınırlandırılmış bir kullanma süresine (miad) bağlı olmaksızın, uzun zaman saklanıp kullanılabilen eşyadır. Sağlık ocaklarında bulunan başlıca demirbaş mallar şunlardır:

1. Bayraklar
2. Bürolarda bulunan masa, sandalye vb. her türlü taşınır eşya
3. Daktilo, hesap makinası, vantilatör vb. eşya
4. Halı, yolluk vb. döşeme eşyası
5. Telefon cihazı, fotoğraf makinası, sinema makinası, radyo, televizyon, teyp, tepegöz vb. eşya
6. Dolmakalem ve takımı
7. Çamaşır makinası, buzdolabı vb. beyaz eşya
8. Mikroskop, pens, sterilizatör, santrifüj, terazi, tansiyon aleti vb. tıbbi cihaz
9. Taşıt aracı ve yedek parçaları
10. Kitap, harita, levha, tablo
11. Yangın söndürme cihazları
12. Yapım-onarım cihazları
13. Karyola, yatak, komodin vb. eşya

Miadlı tüketim malları : Demirbaşlar gibi sürekli olarak kullanılmayan, fakat bir kez kullanılmakla da tükenmeyen havlu, çarşaf, nevresim, yastık yüzü, pike, personele verilen çocuk, önlük, masa örtüleri, ameliyathanelerde kullanılan gaşlar (plastik ayakkabılar), paspaslar vb. eşya

Tüketim malları : Bir kez kullanılmakla tükenmiş sayılan yakacak ve aydınlatma malzemesi, kırtasiye, temizlik malzemesi, ilaç, pansuman malzemesi, yiyecek maddeleri.

Ayniyat işleri

Mal sağlama ve kayıt : Sağlık ocaklarına mal girdisi, genellikle sağlık grup başkanlığı kanalı ile il sağlık müdürlüklerinden olur. Ocağa bağışlanan mallar da, aslında il sağlık müdürlüğüne yapılmış sayılır. Fakat, bağışlayan kişi, bu malın o sağlık ocağında kullanılması koşulu ile bağış yapmışsa mal o ocağa teslim edilir.

Sağlık ocağına gereken bir eşya için, önce bir istek belgesi formu doldurulur. Böyle bir form yoksa, resmi bir yazı ile sağlık müdürlüğünden istekte bulunur. Bazen, bir istek olmaksızın, sağlık müdürlüğü uygun gördüğü malzemeyi sağlık ocağına gönderebilir.

Ocağa getirilen mal ile birlikte, malı getiren kişi bir de irsaliye ve resmi yazı getirir. Yazıda, gönderilen mal ile ilgili adet ve fiyat belirlemeleri vardır ve malın kabul edilerek, kesilecek ayniyat tesellüm makbuzunun gönderilmesi istenilmektedir. İrsaliye, getirilen malın taşınmasına izin veren belgedir.

Gelen mal, ocağa kabul edilmeden önce kontrol edilmeli, irsaliyede belirtilen mal olup olmadığı, miktarının tam olup olmadığı, sağlam olup olmadığı araştırılmalıdır.

Bundan sonra, yapılacak iş, ocak sekreterinin gelen mal için bir “ayniyat tesellüm makbuzu” düzenlemesidir. Makbuzun altını sekreter ve ocak hekimi imzalar. Bir kopyası malı gönderen kuruluşa iletilir, ikinci kopyası gelen resmi yazı ile birlikte evrak dosyasına yerleştirilir, son kopyası da makbuz koçanında kalır. Ayniyat tesellüm makbuzu kesilen bir mal, artık o sağlık ocağının malıdır. Daha doğrusu, mal, aslında Sağlık Bakanlığına aittir. Fakat, sağlık ocağı bu malı kullanmak ve korumakla görevlendirilmiştir.

Ayniyat tesellüm makbuzu kesilerek sağlık ocağının malı durumuna gelen mal, ister demirbaş olsun, isterse tüketim malzemesi olsun, ambar defterine kayıt edilir. (Bu defter “Esas Ambar Defteri” denilen defter değildir. Sağlık ocakları bu defteri tutmazlar.)

Bu mal bir demirbaş ise, aynı zamanda, “Demirbaş Eşya Defteri”ne de kaydedilir. Bu defterdeki kayıt sıra numarası, demirbaşın bir yerine yazılır (Eşyanın niteliğini yazmaya elvermiyorsa yazılmaz).

Personele mal teslimi : Eğer demirbaş eşya bir personel tarafından kullanılacaksa, sekreter ve eşyayı kullanacak kişi arasında düzenlenecek bir senet ile eşya o personele teslim edilir. Bunun anlamı, o malın kullanılmasından ve korunmasından, bundan böyle o personelin sorumlu olacaktır. Bu teslim senedi, aslında tıbbi sekreteri güvence altına almak içindir. Personel, o malı artık kullanmayacağı ya da o sağlık ocağından ayrılacağı zaman yine karşılıklı imzalanacak bir senetle, malı sekretere iade etmelidir. Personele teslim edilen mal ambardan çıkartılan bir tüketim malzemesi ise, ambar defterinin çıktı kısmına yazılır ve yine bir senet karşılığı kullanılacak personele verilir.

Her büroda (odada, laboratuvarıda vb.) bulunan demirbaş eşyanın bir listesini o büronun duvarına asmak gereklidir. Bunun anlamı, o bürodaki eşyanın, o büroda çalışanlara emanet edildiği ve korunmalarından o büroda çalışanların sorumlu olduğudur.

Terkin işlemi : Eskiyen, kırılan, bozularak kullanılamaz duruma gelen demirbaşların, kayıttan düşürülmeleri bir takım işlemler sonucu olabilir. Ocak personeli, bu formaliteleri tamamlamadan o malı yok ederlerse, sorumlu olurlar ve ödemek (tazmin etmek) zorunda kalabilirler. Bu işlemlere “terkin işlemleri” denir.

Terkin işleminin nasıl olması gerektiği konusunda zaman zaman Maliye Bakanlığınca genelgeler yayınlanmaktadır. Bu genelgeler ışığında Sağlık Bakanlığı en son Haziran 1994 tarihinde 3444 Sayılı bir genelge ile Sağlık Bakanlığına ait kuruluşlarda terkin işlemlerinin nasıl yapılacağını açıklamıştır. Buna göre, il merkezlerinde ve ilçelerde 1’inci ita amirlerinin, tutarı 1 milyon liraya kadar olan malzemeye terkin izni verme yetkileri vardır. Bunun dışındakiler için Bakanlıktan izin alınması gerekecektir.

Öncelikle, söz konusu malın neden (kaza sonucu kırılma, eskime vb.) terk edileceği konusunda “Demirbaş Eşya ve Mefruşat İçin Terkini Kayıt Zabıt Varakası” düzenlenir. Böyle bir form yoksa aynı konular bir tutanak ile belirlenmelidir. Daha sonra, terk edilmesi düşünülen bütün malzeme bir liste halinde, tutanaklarla birlikte bir resmi yazı ile ilçede Kaymakam’a, ilde sağlık müdürlüğüne iletilir. Kaymakam ya da sağlık müdürlüğü 3444 sayılı genelge uyarınca kendi yetkilerine giren malzeme için karar verir.

Bunun dışındakileri terkin izni almak üzere Sağlık Bakanlığına iletir. İta amirinden ya da Bakanlıktan terkin talebinin uygun görüldüğüne ait cevap gelinceye kadar, o malzeme (bütünü, ya da kırık parçaları) saklanır. Terkin edilmesinin uygun olduğunu bildiren cevap alındıktan sonra, demirbaş defterinde, o malın kaydı üzeri kırmızı bir kalemle çizilir ve satır sonundaki uygun yere terkinine izin veren yazının tarih numarası işlenir.

Terkin işlemi tamamlanan malzeme ya sağlık ocağının hurdalığında saklanır ya da yine bir resmi yazı ekinde, Bakanlığın tamir ve bakım atölyelerine gönderilir. Aslında, bu malzemenin para edecek parçalarının sağlık ocağının bulunduğu ilçenin mal müdürlüğüne, tutanak karşılığı teslimi gerekir. Ancak, ayniyat işlerine karşı duyarlı ve tedirgin olan memurlar, bu malzemeyi devretmek ya da atmaktansa, uzun süre ocak hurdalığında saklamayı tercih ederler. Bu doğru bir uygulama değildir. Malzeme ya Bakanlığın tamirhanesine ya da ilçe mal müdürlüğüne teslim edilmelidir. Teslim etmeye değer bir malzeme değilse, atılmalıdır.

Demirbaş eşyanın, bir kuruluştan başka bir kuruluşa devri için de aynı işlemler yapılır.

Demirbaş ve ambar sayımları : Her mali yıl sonunda demirbaş ve tüketim malzemesini saymak üzere bir “sayım komisyonu” kurulu. Demirbaş Defteri’nde kayıtlı olan malzeme tek tek kontrol edilerek, ocakta bulunup bulunmadığı, sağlam ve kullanılabilir durumda olup olmadıkları araştırılır. Eksik ve kırık çıkanlar için tutanak tutulur ve gerekirse, yasal işlemler yapılmak üzere bir üst makama bildirilir.

Ayniyat idare hesaplarının, saymanlar tarafından, her dört yılda bir Bakanlığa ve Sayıştay Başkanlığına bildirilmeleri gerekir. Bu nedenle, zamanı geldiğinde ilgili saymanlık, bu işler için neler yapılması gerektiğini ocaklara bildirir.

Taşıt kullanımı ve benzin sağlama

Kamuya ait taşıtların kullanılması 237 sayılı Taşıt Kanunu ile düzenlenmiştir. Buna göre sağlık ocaklarında bulunan taşıtların kullanımında şu hususlara dikkat edilmelidir:

1. Ocak otosu, resmi işler dışında kullanılamaz.
 2. Aracın bakımı ve kullanımından ocak şoförü sorumludur.
 3. Her göreve çıkışta, yazılı bir görevlendirme belgesi düzenlemek gerekir. (Bu uygulama hafifletilmiştir. Araçların ön camlarına asılı bulunduran “görevlidir” levhası bunun yerine kullanılmaktadır.)
 4. Araç şoförü, görevlendirilme yazısında yer alan kişiler dışında hiç kimseyi araca bindiremez.
 5. Bir kaza olduğunda, bir trafik raporu düzenlenene kadar araç yerinden oynatılmayacaktır.
 6. Şoförlerin kesin kusurlarından ötürü olan zararlar onlara ödettirilir.
 7. Aracın uygun bir yerine “Resmi Hizmete Mahsustur” yazılır.
 8. Çalışma saatleri dışında, oto ocağın garajında durur.
 9. Aracın “günlük çıkış”, “günlük dönüş” ve “periyodik” bakımlarının yaptırılmasından şoför sorumludur.
-

10. Her aracın bir ‘‘Seyr Sefer Defteri’’ olmalıdır. Bu deftere her gün, aracın kilometre saatinde yazılı olan kilometresi, gün başında ve gün sonunda yazılır. O gün gittiği yerler belirtilir. Ayrıca görevlendirilme amacı yazılır ve her gün ocak hekimi tarafından onaylanır. Ocak hekimi zaman zaman (2-3 ayda bir ya da her mevsimde) aracın yağ ve benzin sarfiyatını hesap ederek bu deftere yazmalı ve mhrlemelidir. Taşıtların markalarına ve mevsimlere göre kent içinde ve kent dışında ne kadar benzin harcayabilecekleri mevzuatta belirlenmiştir. Benzin ve yağ tüketiminin fazlalığı, aracın bakım görmesi gerektiğini ya da yasal olmayan (resmi görevler dışında) bir benzin sarfiyatının olduğuna işaret edebilir.

Kamu hizmetlerinde kullanılan araçların benzinlerini bir kamu kuruluşu olan Petrol Ofisi’ne ait benzin istasyonlarından sağlama zorunluluğu vardır. Benzin, sağlık müdürlükleri tarafından ocaklara verilen ve Petrol Ofisi’ne ait eklerle alınır. Yağ da aynı yöntemle sağlanır.

Ancak, müdürlük tarafından sağlanan ek miktarı yetersiz ise (ki çoğu zaman yetersizdir), diğer kamu kurumlarından, il özel idaresi bütçesinden, dernek ya da vakıf gibi hayır kurumlarından ya da doğrudan yardımsever kişilerden bağış yolu ile benzin sağlanabilir. Böyle yollarla sağlanan benzin miktarı ve tutarı ayrı bir deftere kayıt edilmelidir. Böylece, bir denetleme sırasında, Bakanlık tarafından verilen miktar dışındaki benzinin nerelerden sağlandığı açıklanabilir.

Onarımlar

Sağlık ocağı ve lojmanlarının ve buralarda bulunan kamuya ait malzemenin onarımı 2886 sayılı yasaya göre yapılır. Büyük onarımlar genellikle sağlık ocağının gücü dışındadır. Fakat küçük onarım olarak sınıflandırılan kanalizasyon, çatı, elektrik donanımı, telefon, havalandırma onarımları, boya ve badana gibi işler ocak tarafından rahatlıkla yaptırılabilir.

Bu işler için bir üst makamdan izin alınması gerektiği unutulmamalıdır. Bunun için şu işlemler yapılır:

- a. Gerekli görülen onarımlar için sağlık grup başkanlığına ya da il sağlık müdürlüğüne bir talep yazısı gönderilir.
- b. Sağlık grup başkanlığı bu iş için kaymakam ya da validen izin alır.
- c. Bu onay sağlık ocağına ulaştıktan sonra, Bayındırlık Bakanlığı’nın yerel yetkililerine bir yazı ile başvurularak, onarım için bir keşif bedeli belirlemeleri istenir.

- d. Bu rapor temel alınarak, bu onarımı yapabilecek kişilerden birer fiyat teklifi mektubu alınır.
- e. Ocak hekiminin ve mümkünse yerel mal müdürlüğünden gelen bir temsilcinin de katıldığı bir komisyon bu tekliflerin zarflarını birlikte açar. Bunlar arasından birisini seçer. Bu seçim sırasında en ucuz teklifi verene işi verme zorunluluğu olmamakla birlikte, teklifler arasında aynı güvenilirlikte ve iyilikte iş yapacaklar varsa, ucuz olan tercih edilir. Teklifler açıldıktan sonra, uygun görülürse, teklif verenler davet edilerek açık pazarlık da yapılabilir.
- f. Onarım işi bittikten sonra, bir fatura alınır ve ödeme devlet bütçesinden yapılacaksa bir önyazı ile birlikte sağlık grup başkanlığına gönderilir.

Ödeme dernek ya da vakıf gibi bir hayır kurumu tarafından yapılacaksa, onarım için izin alındıktan sonra bu kuruluşa bildirilir ve onarımın onların kuralları içinde yapılması sağlanır.

Dernek ve vakıf işleri

Kamu kurumları sonsuz kaynaklara sahip değildir. Bir çok sağlık kuruluşunun da diğer kamu kuruluşları gibi daha fazla kaynağa ihtiyacı olduğu bir gerçektir. Bu kaynağın devlet bütçesi ile sağlanmasında karşılaşılan güçlükler de bilinmektedir. Bu nedenle bir çok yerde, ek kaynaklar yaratmak amacıyla dernek ya da vakıf gibi hayır kuruluşları kurulması yoluna gidilmektedir.

Ülkemizde dernek kurmak ve çalıştırma “Dernekler Kanunu” ile düzenlenmiştir. Bu yola gidilmesi isteniyorsa, bu kanun incelenmeden girişimlerde bulunulmamalıdır.

Vakıf kurmak için ise, mahkeme kararı gereklidir. Bunun için de Vakıflar Kanunu’nun incelenmesi gerekir.

Öte yandan, ülkemizde, özellikle sağlık hizmetlerini desteklemek amacı ile kurulmuş pek çok dernek ve vakıf kurulmuş durumdadır. Bunlara yenilerini eklemek yerine var olanlardan yararlanma yoluna gitmek daha akılcı olur.

Bu vakıflar arasında, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı, ülke sathına yayılmış 150 dolayındaki şubesi ile, tek amacı Sağlık Bakanlığı hizmetlerini desteklemek olan en büyük vakıflardandır. Başkanı Sağlık Bakanlığı Müsteşarı’dır. Her ilde ve bir çok ilçede şubesi vardır. Bazı büyük sağlık kuruluşlarında da şubeleri bulunmaktadır. Buralarla ilişki kurulması kaynak sağlamada yararlı olabilir.

Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Genel Merkezinin adresi :

Süleyman Sırrı Sok. 12/5 (06410) Sıhhiye-Ankara

Tel : (312) 435 13 46

Faks : (312) 434 46 59

Bölüm 8

PERSONEL YÖNETİMİ VE DENETİMİ

Yönetim Kavramı

Sağlık hizmetlerinin bir ekip işi olduğuna daha önce değinilmişti. Ekip hizmeti söz konusu olduğunda yönetim kaçınılmazdır. Aksi halde, ekip üyeleri arasında uyum sağlanamaz, amaçlanan hedeflere ulaşılamaz. Klasikleşmiş görüşe göre, yönetim iyi değilse, hizmet modeli ne kadar iyi olursa olsun başarı elde edilemez. Bunun aksine, yönetim iyi ise, kötü hizmet modelleri ile bile başarılı işler yapılabilir.

Yönetim kaynakların en verimli biçimde kullanılarak, belirlenen amaçlara varmak için gereken işlerin planlanması ve bu işlerin gereken yerde, gereken kişilerce, gereken sürede uygulanmasıdır.

Yönetimin başlıca üç işlevi vardır:

- 1. Planlama :** Belli bir konuda toplumun ihtiyaçlarını belirleyip, bunları karşılayabilmek amacıyla kaynaklar bulmak, öncelikleri belirlemek, hizmetin amaç ve hedeflerini gerçekçi ve uygulanabilir biçimde belirleyip, bu hedeflere varmak için yapılması gereken işleri ve alınması gereken önlemleri belirlemeye planlama denir. Planlama, yapılması gereken işlerle ilgili kararların alınmasıdır. Yönetimin her kademesinde kararlar alınır. Sağlık ocaklarında da gerek günlük işlerin yapılması, gerekse daha uzun vadeli işler için pek çok karar alınır.
 - 2. Uygulama :** Alınan kararların yaşama geçirilmesi sürecidir. Yönetici, uygulama sırasında da bazı kararlar alır. Bunlar, işlerin yapılması, insan gücü kullanımı ve bilgilerin toplanması ile ilgili kararlardır.
 - 3. Değerlendirme :** Her uygulama değerlendirilmelidir. Böylece, alınan kararlara uygun çalışılıp çalışılmadığı, planlanan hedeflere varılıp varılmadığı, varılmadı ise, bunun nedenleri saptanır. Bundan sonraki çalışmalar değerlendirme sonuçlarına göre yönlendirilir.
-

Görüldüğü gibi, yönetimin her kademesinde, insangücü kullanımına ilişkin işler yer alır. Özellikle, uygulamada, personelin iyi bir biçimde sevk ve idaresi başarının temel unsurudur.

Ekip hizmetinden söz edilen her durumda, bir de ekip başından, yani, yöneticiden söz edilmelidir. Ülkemizde, sağlık hizmetlerinin hemen her kademesinde olduğu gibi, sağlık ocaklarında da ekip başı hekimdir. Dolayısıyla, hekimler yönetimin temel ilkelerini bilmek zorundadır.

Sağlık ocağı ekibi

Personel yönetimiyle ilgili olarak bilinmesi gereken ilk şey, ekibi oluşturan kişilerin niteliklerinin, bu kişilerin görev, yetki ve sorumluluklarının bilinmesidir.

Sağlık ocağında görevli, hekim dışındaki başlıca sağlık elemanları ve bunların özellikleri şunlardır:

Hemşireler : Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanuna göre, sağlık ocaklarında çalışan hemşire “halk sağlığı hemşiresi”dir. Bu tanımla yasa, ocakta çalışan hemşirenin, yalnızca tedavi hizmetleri ile değil, toplum sağlığı işleri ile görevli olduğunu ifade etmektedir.

Türkiye’de, eğitim düzeyleri açısından farklı hemşireler vardır:

- a. Hemşirelerimizin büyük çoğunluğu, lise dengi bir okul olan “Sağlık Meslek Lisesi” mezunudur. Orta okuldan sonra 4 yıl eğitim görerek mezun olurlar. Bu okulların çoğu Sağlık Bakanlığına aittir. Kızılay, Silahlı Kuvvetler ve diğer bazı kamu kurumlarına ait olanlar da vardır. Daha önceleri bu okulların adları “Sağlık Koleji” idi.
- b. Hemşirelerimizin bir bölümü yüksek okul mezunudur. Liseden sonra 4 yıl eğitim görürler. Çoğu, hastanelerde ve üniversitelerde çalışmaktadır. Bazıları, yanlış olarak bu meslek grubuna “yüksek hemşire” demektedir. Aslında, böyle bir meslek ünvanı bulunmamaktadır.
- c. Bazı üniversitelerimizde, liseden sonra 2 yıl eğitim veren “Meslek Yüksek Okulları” vardır. Bunların bazıları hemşirelik eğitimi vermektedir ve buralardan mezun olanlar da hemşire ünvanı alırlar.
- d. Hemşire sayısının yetersiz olduğu dönemlerde, ilk okuldan sonra 3 yıl (daha sonraları 5 yıl oldu) eğitim görerek mezun olan “yardımcı hemşire” eğitimine 1978 yılında son verilmiştir. Bu eğitimleri “Sağlık Okulu” adı verilen ve orta okul dengi olan okullarda verilmekteydi. Artık

yetiştirilmemekle birlikte, 1978 yılı öncesinde mezun olmuş olan hemşire yardımcılarının bazıları hala görev yapmaktadırlar.

- e. 1950’li yıllarda lise dengi eğitim veren okullarda “ebe-hemşire” ve “ebe-hemşire-laborant” ünvanları ile personel mezun edilmiştir. Bu eğitime kısa süre sonra son verilmiş olmakla birlikte, az sayıdaki mezunlar görevlerini sürdürmektedir.
- f. Sağlık Bakanlığı, 1980’li yıllarda, lise mezunlarını 18 aylık kurslara alarak meslek kazandırma yoluna gitmiştir. Bu eğitimler çerçevesinde verilen hemşirelik kurslarını bitirenlerin bir kısmı sağlık kuruluşlarında görev almışlardır.

154 sayılı yönergeye göre sağlık ocağı hemşiresinin görevleri şunlardır:

- Ebelerin de yardımı ile ana ve çocuk sağlığı hizmetlerini yürütmek,
- Ebelerin çalışmalarını denetleme ve hizmeti içi eğitimlerini yapmak,
- Ebelerin yapamadıkları doğumları yaptırmak,
- Halkın sağlık eğitimi hizmetlerini sürdürmek,
- Toplum kalkınması işlerine katılmak,
- Geziler yaparak, hastaları izlemek, bu konuda ebelere yardımcı olmak,
- Halka gıda yardımı yapılması durumunda, bu konuda ebelerle birlikte çalışmak, onlara yardımcı olmak,
- İlk yardım hizmetlerinde çalışmak,

Hemşirelerin görevlerini belirleyen 154 sayılı yönerge, sağlık ocaklarında ve sağlık evlerinde “köy ebeleri”nin çalışmakta olduklarını göz önüne almıştır. Yönergedeki anlayışa göre, hemşireler, bir çok konuda köy ebelerinden daha fazla eğitim görmüşlerdir, bilgi ve beceri düzeyleri onlardan fazladır. Böyle olunca da, hemşirelerin köy ebelerini denetleyebilecekleri ve onları eğitebilecekleri dikkate alınmıştır.

Oysa, günümüzdeki uygulama bundan farklıdır. Artık, sağlık ocaklarında ve sağlık evlerinde çalışmakta olan ebelerin büyük çoğunluğu, tıpkı hemşireler gibi, sağlık meslek lisesi mezunudur ve bilgi ve beceri yönünden hemşirelerden daha alt düzeyde değillerdir. Hatta, özel konuları olan ana-çocuk sağlığı konularında hemşirelerden daha ileri düzeyde oldukları söylenebilir.

Bu nedenle, günümüzde, hemşirelerin ebeleri denetleme fonksiyonları uygulamada yok denecek düzeydedir.

Ebeler : Sağlık ocaklarının ve sağlık evlerinin temel görevlilerindendir. Yasa çıktığında, ülkemizde, sağlık okulu mezunu olan (ilk okuldan sonra 3 yıllık eğitim)

köy ebeleri mevcuttu. Sağlık evlerinde ve sağlık ocaklarında köy ebeleri görev yapmaktaydılar. Ancak, 1978 yılında sağlık okullarının kapatılması ile, köy ebelerinin eğitimine son verilmiştir. Artık, meslek lisesi mezunu olan ebeler yetiştirilmektedir ve sağlık ocaklarında ve evlerinde bu elemanlar çalıştırılmaktadır.

Hemşireler için açıklandığı gibi, Sağlık Bakanlığı lise mezunlarına meslek kazandırmak amacıyla 18 aylık kurslarla ebeler yetiştirmiştir. Bunlardan bir kısmı Bakanlık kadrolarında çalışmaktadır.

Bazı üniversitelerde, iki yıl eğitim ile ebe yetiştiren meslek yüksek okulları da vardır. Fakat, bunların mezunları henüz çok azdır.

Şu anda, sağlık ocakları ve evlerinde görev yapan ebelerin çoğu sağlık meslek lisesi mezunu, bir bölümü de köy ebeleridir.

154 sayılı yönergeye göre, ebeler ana ve çocuk sağlığı hizmetlerini yürütürler ve bölge nüfusundaki değişimleri izler ve ocak yetkililerine bildirirler.

Ebeler, ana çocuk sağlığı ile ilgili görevleri yanı sıra, hekimin vereceği diğer işleri de yürütürler. Bu nedenle, özellikle sağlık evlerinde yalnız başlarına çalışmakta olan ebelerin, diğer sağlık hizmetleri ile de ilgilenmeleri kaçınılmazdır. Sözelimi enjeksiyon, pansuman, halkın eğitimi, hastaların izlenmeleri gibi işler de ebeler tarafından yürütülebilir. Ayrıca ebeler, çevre sağlığı, hastalık sürveyansları, okul sağlığı gibi işlerle de görevlendirilebilirler. Bu nedenle, ebelere yalnızca “ebe” olarak bakmak yanlış ve yetersiz olacaktır. Ebeler, gerçek anlamda birer halk sağlığı hemşiresi gibi anlaşılmalıdırlar.

Sağlık memuru ve çevre sağlığı teknisyenleri : Sağlık meslek lisesi mezunu erkek elemanlardır. Başlıca görevleri çevre sağlığı hizmetleri, aşı uygulamaları ve okul sağlığı hizmetlerini yürütmektir. Bu konularda ocak hemşiresi ve ebelerle, eğer varsa sağlık savaş memurları ile işbirliği içinde çalışırlar. Böylece, sıtma ve trahom hastalıklarının kontrolü programlarında da görev alırlar. Sağlık ocağı tıbbi sekreterini eğitime görevini de sağlık memurları yürütür.

Sağlık memurları, çok amaçlı personel olarak görülmüş ve çalıştırılmışlardır. Eksik personelin görevlerini gören, gerektiğinde sekreter, gerektiğinde mutemet, gerektiği zaman da bir haftaya kadar rapor verme gibi hekimin bazı görevlerini üstlenen kişiler olmuşlardır.

Çevre sağlığı teknisyenlerinin yetiştirilmeye ve kullanılmaya başlamalarından sonra, sağlık memurlarının işlevleri tartışılır olmuştur. Çevre sağlığı teknisyenleri de, sağlık meslek lisesi mezunudur. Sağlık ocaklarında görevlendirildikleri

takdirde, sağlık memurunun yapmakta olduğu işlerin çevre ile ilgili olanlarını bu elemanlar yaparlar. Böyle olunca, sağlık memurlarının işlevleri, hemşirelerce yürütülmekte olan işlerle sınırlı kalmaktadır.

Diğer personel : Sağlık ocaklarının çekirdek kadrosunu, hekim, hemşire, sağlık memuru ve ebeler oluşturmaktadır. Bunların yanı sıra, sağlık ocaklarında tıbbi sekreter, şoför ve hizmetli görevlidir. Sağlık evlerinde ise birer ebe çalışır.

Geniş bölgelerde hizmet veren sağlık ocaklarında, bölgenin özellikleri de dikkate alınarak, yukarıda belirtilen personele ek olarak diş hekimi, eczacı, çevre sağlığı teknisyeni, röntgen teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, sağlık savaş memuru gibi elemanlar da bulunabilir (Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği, 26 Ekim 1994 gün ve 22093 sayılı Resmi Gazete).

Bunlar arasında belirtilen sağlık savaş memurları, Cumhuriyetin kuruluşundan 1950’li yıllara kadar sıra süreli kurslarla yetiştirilmiş olan “sıtma sürveyans memurları” ile “trahom ilaçlayıcıları”dır. Bu kişilerin yetiştirilmeleri programlarına son verilmiş ve adları da bu şekilde değiştirilmiştir. Bu kişiler daha çok, Güney ve Güneydoğu illerimizde görevlidirler. Sıtma ve trahom savaşlarında, ocak hekiminin ve sağlık memurunun denetimleri altında görev yaparlar.

Ancak, bu kişilerin kullanımlarında bazı sorunlar olduğunu belirtmek gerekir. Eski yoğun çalışma düzenleri değişen bu kişiler halen çalıştıkları yerlerde doyumsuzdurlar ve zaman zaman yetkilerini aşarak diplomalı sağlık elemanları gibi çalıştıkları görülmektedir. Sağlık ocağı hekimleri, bu kişilerin etkili ve amaçlarına uygun olarak çalıştırılmalarına gayret etmelidirler.

Hiyerarşik yapılanma

Yönetimin olduğu yerde ast-üst ilişkisi, yani, hiyerarşik düzen vardır. Hiyerarşi, kademeleşmiş sorumluluk demektir. Örneğin, sağlık ocağı - sağlık grup başkanlığı - il sağlık müdürlüğü - vali arasındaki dört kademeli hiyerarşik yapıyı ele alalım. Bu düzende, sağlık ocağı belli bir nüfustan sorumludur, sağlık grup başkanlığı birkaç sağlık ocağından sorumludur, il sağlık müdürü bütün ilin sağlık işlerinden sorumludur, vali yalnızca sağlıktan değil, bütün kamu hizmetlerinden sorumludur. Yani, hiyerarşik kademe yükseldikçe, sorumluluk da artmaktadır. Bu yapıda sağlık ocağı hekimi, sağlık grup başkanının astı; sağlık grup başkanı ise il sağlık müdürünün astıdır. Buna karşılık sağlık grup başkanı, sağlık ocağı hekiminin üstü; il sağlık müdürü de sağlık grup başkanının üstüdür.

Benzer şekilde, sağlık ocağı hekimi hemşirenin üstü, hemşire ocak hekiminin astıdır.

Hiyerarşik düzenlerde, üst astın amiridir. Onun çalışmalarını yönlendirir, çalışmalarını denetler ve değerlendirir. Ast, yasaların verdiği yetkiler içinde üstünün yönetimi ve denetimi altında çalışır.

Hiyerarşik yapının çalışma düzeni ve kademeler arasındaki ilişkiler mevzuatla belirlenmiştir. Teknik ilişkileri ve sevk ve idareyi düzenleyen mevzuattan söz edilebilir. Sağlık ocağı hizmetlerinin sevk ve idaresi açısından bilinmesi gereken başlıca mevzuat, 657 sayılı Devlet Memurları, 5442 sayılı İl İdaresi, 442 sayılı Köy, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi, 1580 sayılı Belediyeler, 6245 sayılı Harcırah kanunları ve bunlara bağlı olarak çıkartılmış olan tüzük, yönetmelik, yönerge ve genelgelerdir.

Emir ve yasal olmayan emir

Astlar, üstlerinin verdikleri emirleri yerine getirmekle ödevlidirler. Ancak, ast aldığı emri yerine getirmeden önce, emrin mevzuata aykırı olup olmadığını değerlendirmelidir. Eğer, emir mevzuata aykırı yönler içeriyorsa, emri yerine getirmez ve durumu bir yazı ile emri veren amire iletir. Amir, verdiği emirde ısrar eder ve emrini yazı ile tekrar ederse, emri yerine getiren sorumlu olmaz. Sorumluluk emri verenin olur. Emri yerine getirmemekte ısrar edilirse, amir işi bir başkasından isteyebilir ya da kendisi yapabilir. Bu durumda, ast için bir soruşturma gereği doğabilir. O nedenle emirlere yapılacak itirazlar, emin olunmadan yapılmamalıdır.

Her şeye karşın, suç niteliği taşıyan uygulamalarda, emri yerine getiren de sorumluluktan kurtulmaz.

Denetimin ilkeleri

Denetim, yönetimin vazgeçilmez bir parçasıdır. Çağdaş anlamda denetim, yapılan hizmetlerin verimli, etkili ve başarılı olmasını sağlamak için uygulanan değerlendirici, yol gösterici ve kolaylaştırıcı işlemlerin bütünüdür. Denetim, hizmetlerin iyileştirilmesi için yapılır. Yoksa hataları bulup, bunları cezalandırmak biçiminde anlaşılmamalıdır.

Denetimin üç aşamasından söz edilebilir:

1. Aksaklıkların belirlenmesi
 2. Aksaklıkların nedenlerinin bulunması
 3. Bu nedenlerin giderilmesi
 - a. Lojistik destek
 - b. Hizmetiçi eğitim
-

c. Ödüllendirme-cezalandırma

Örneğin, bir sağlık evi ebesinin kızamık aşısı uygulamalarında aksama olduğu belirlenmiş ise, ikinci adım bunun nedenini araştırmaktır. Eğer neden, enjektör yokluğu ise, çözüm yeterli sayıda enjektörü sağlamaktır (destek). Eğer, neden ebenin aşığı kimlere ve nasıl yapacağını bilmemesi ise, çözüm ebenin eğitilmesidir. Eğer, destek ve eğitim önlemlerine karşın, kabul edilebilir bir mazereti olmadığı halde, ebe aşılamaı aksatıyorsa, o zaman ebenin cezalandırılması yoluna gidilebilir.

Cezalandırma, personelin bir daha aynı hataya düşmemesi için yapılır. Cezalar, hem cezalandırılan hem de diğer personel için birer uyarı niteliğindedir. Ancak, cezalar her zaman amacına erişemez. Cezalandırılan personelin, bundan etkilenip ileride daha iyi çalışacağı umulurken, tam tersi ortaya çıkabilir. Personel daha küskün ve verimsiz olabilir. O nedenle, cezalandırma yöntemine sık sık başvurmamalı, daha etkili yollar araştırılmalıdır.

Cezalandırmanın karşıtı ödüllendirmedir. Ödüllendirme, parasal olabileceği gibi (yasalarda hangi durumlarda para ödülü verilebileceği yazılıdır), manevi de olabilir. Asıl olan, manevi ödüllerdir. Amirin övücü sözleri, bir beğeni hareketi, diğer personele örnek gösterilme, şükran belirtileri manevi ödüllerdir. Ödüllendirilme, personeli güdüler, onların çalışma isteklerini kamçılar. Ancak, tıpkı cezalandırmada olduğu gibi, ödüllendirmede de aşırıya kaçmak, sık ve gereksiz ödüller dağıtmak, değerini ve etkisini azaltır.

Denetim teknikleri

Denetim akla geldiği zaman değil, yönetim sisteminin içinde, sürekli ve disiplinli biçimde yapılmalıdır.

Denetim, ya merkezden ya da yerinde yapılır. Sözgelimi, personelin aylık çalışma raporlarını inceleyip değerlendirmek bir tür merkezde denetimdir. Sağlık evine giderek ebeyi denetlemek ise, yerinde denetime örnektir.

Başlıca denetim teknikleri şunlardır:

- 1. Gözlem :** Denetim gözlemlerle başlar, gözlemler sürer. Her türlü denetimde ve denetimin her aşamasında gözlem yaparak personelin bilgisi, tutumu ve uygulamaları, hizmetin durumu, binanın ve araç-gerecin özellikleri hakkında bilgi edinilebilir. Sözgelimi, sağlık evi ebesinin giyimi, halkla konuşurken kullandığı kelimeler, ses tonu, halkın ebeye gösterdiği saygı ya da umursamazlık, ebenin evlere rahatlıkla girip giremediği, adresleri kolayca bulup bulamadığı, çocukların ebeyi tanıyıp tanımadığı, ebenin enjektörü

tutuşu, kan basıncını ölçüşü, bebeği tartıőı gibi basit bazı gözlemler, o yerdeki işlerin nasıl olduğu, ebenin hangi konularda yetersiz olduğu gibi hususlarda fikir verebilir. Ancak, kesin bir yargıya varmak için titiz olmalıdır. Gözlemler bazen yanıltıcı olabilir. O nedenle, birden çok gözlem yapmak yararlı olabilir.

- 2. Kayıtların incelenmesi :** Sık başvuru olan bir yöntemdir. Bunun için denetlenen yerdeki kayıtların tümü ya da rasgele seçilen bir bölümü incelenebilir. Önemli olan, incelenecek kaydın (kartın) denetici tarafından seçilmesidir. Denetlenen seçerse, en düzgün olanları seçmiş olabilir.

Eğer, deneticinin daha fazla zamanı varsa, yalnızca kayıtların incelenmesi ile yetinmemeli, başka denetim yollarına da başvurmalıdır.

- 3. Görüşme :** Bazen, denetlenen personel hakkında fikir edinmek amacıyla, onun amirleri, iş arkadaşları ya da hizmet verdiği kişiler ile görüşülebilir. Ancak, bu kişilerle görüşülürken gizlilik ilkesine kesinlikle uyulacağından emin olmak gerekir. Özellikle, personelin hizmet verdiği kişilerle (halkla) görüşülürken, isim belirtmeden genel sorular yöneltmek ve personel hakkında dolaylı olarak görüş almak yerinde olur.

Aslında, görüşme yöntemi önerilen bir yol değildir. Çünkü, denetleyen görüştüğü kişilerin etkisi altında kalabilir. Görüştüğü kişiler, söz konusu personelin çalışmalarını denetçi ile aynı bakış açısından görmeyebilir. Personel hakkında, duygusal nedenlerle iyi ya da tam tersine kötü görüşler belirtebilirler.

- 4. Sınav :** Seyrek başvuru olan bir yöntemdir. Bir sağlık ocağından çok, il düzeyinde başvurulabilecek bir yoldur. Örneğin, il emrine atanan bütün hemşireler bir sınavla alınıp, bilgileri ölçülebilir. Böylece, il içindeki dağıtımları için karar verilebilir. Ayrıca, personelin yetersiz oldukları alanlar belirlenip hizmetçi eğitim programlarının planlanması için ipuçları elde edilmiş olur.

- 5. İş başında denetim :** Personel denetimi için en uygun yöntemdir. Ancak, uygulanması güçtür. Bu yöntemde denetçi, personeli işi yaparken gözler. Sözgelimi, ebe ile birlikte ev ziyareti yapılır ve ebenin gebeyi nasıl izlediği, kişilerle nasıl ilişki kurduğu, önerilerinin doğru olup olmadığı gözlenir.

Bu yöntemin en önemli sakıncası, doğallıktan uzak olabilme tehlikesidir. Personel, izlenmekte olduğu için rahatsız olabilir. Her zamanki davranışlarından farklı davranabilir. Yapabileceğinin en iyisini yapmaya çaba gösterebilir. Böyle durumlarda, denetleyen kişi, personelin amiri gibi değil, iş arkadaşı gibi davranmalı ve ortama rahatlatmaya çalışmalıdır. Başkalarının

yanında, özellikle, personelin hizmet verdiği kişiler yanında, personeli eleştirici davranmamalı, yaptığı yanlışlıklar diğerlerinin yanında açıklanmamalıdır. Hatalar, daha sonra, personelle yüz yüze görüşme sırasında açıklanabilir.

- 6. Kontrol listeleri :** Denetim, ayrıntılı bir incelemeyi ve değerlendirmeyi gerektirdiği durumlarda kontrol listeleri (check-list) kullanılabilir. Böylece, hiçbir nokta unutulmadan kontrol edilmiş olur. Aynı zamanda, denetimde standartlaşma da sağlanmış olur.

Bunun için, denetimden önce, kontrol edilecek ya da personele sorulacak bütün konular ayrıntılı olarak ve sırayla yazılır. Eğer, bu tür denetimler sık sık yapılacaksa, bu soruları ve hususları içeren bir denetim formu geliştirmekte yarar vardır.

Sağlık ocağında soruşturma

Devlet Memurları Kanununda 1983 yılında yapılan bir değişiklikle, illerde personele ceza verme yetkileri yalnızca valilere tanınmıştır. Valilerin bu yetkileri il şube müdürlerine devredilmiştir. Sağlık müdürü bu şube müdürlerinden biridir. Yasa, şube müdürlerinin bu yetkilerinin kimlere devredilebileceğinin, kurumları tarafından belirleneceğini ifade etmektedir. Buna dayanarak, Sağlık Bakanlığı (kurum), halen yürürlükte olan disiplin yönetmeliğini 1994 yılında yayınlamıştır. Bu yönetmeliğe göre, Sağlık Bakanlığının her kademesinde göre yapan bütün memurların disiplin ve üst disiplin amirleri belirlenmiştir. Disiplin amirleri, kamu hizmetlerinin gereği gibi yürütülmesini sağlamak amacı ile kanunların, tüzüklerin ve yönetmeliklerin devlet memuru olarak emrettiği ödevleri, yurt içinde ya da dışında yerine getirmeyenlere, uyulmasını zorumu kıldığı hususları yapmayanlara, yasakladığı işleri yapanlara, durumun niteliğine ve ağırlık derecesine göre disiplin cezası verme yetkisine sahiptirler. Üst disiplin amirleri kendilerinden önce gelen disiplin amirlerinin ve bunlara bağlı olan bütün personelin de aynı zamanda disiplin amiri sıfatına haizdirler. Geçici olarak, asıl görev yerinin dışında çalışan personelin disiplin amirleri geçici olarak çalıştıkları birimdeki disiplin amirleridir. Bu yönetmeliğe göre, Büyükşehir Belediyesi ve mücavir alan sınırları içerisinde bulunan birimler il merkezlerindeki birimler olarak değerlendirilir.

Disiplin Amirleri Yönetmeliği'ne göre yataksız tedavi kurumlarında (sağlık ocakları AÇS ve AP merkezleri, Verem Savaş Dispanserleri, Ruh Sağlığı Dispanserleri, Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanserleri) çalışan personelin disiplin ve üst disiplin amirleri şunlardır:

	Disiplin Amiri	Üst Disiplin Amiri
A) İl merkezinde		
Başhekim/ Sorumlu Hekim	Sağlık Müdürü	Vali
Diğer Personel	Başhekim ya da Sorumlu Hekim	Sağlık Müdürü
B) İlçe Merkezinde		
Başhekim/ Sorumlu Hekim	Sağlık Grup Bşk. (*)	Kaymakam
Diğer Personel	Başhekim ya da Sorumlu Hekim	Sağlık Grup Bşk. (*)

(*) Sağlık Grup Başkanı bulunmayan yerde, kaymakamdır.

Bu yönetmeliğin uygulamadaki anlamı şudur: Bundan önce, 1988 yılında çıkartılan yönetmeliğe göre, sağlık ocağı hekimleri kendi emirlerinde çalışan personele disiplin soruşturması açamıyor, disiplin cezası veremiyorlardı. Sağlık ocağında çalışanlardan birisi hakkında soruşturma açılması gerektiğinde, durumu bir gizli yazı ile il sağlık müdürlüğüne iletiyor ve soruşturma açılmasını talep ediyorlardı. Artık, bu durum değişmiştir. Sağlık ocağı başhekimleri ya da sorumlu hekimleri, ocakta görev yapan personel hakkında disiplin soruşturması yapıp ceza verebileceklerdir. Bu yetki, ocak hekimimin otoritesini güçlendirir. Ancak, bu otoritenin çok dikkatli ve yalnızca başka bir çözüm yolu bulunmadığı zamanlarda kullanılması gerektiğini unutmamak gerekir.

Bir personel hakkında soruşturma açıldığında, önce bir soruşturmacı atanır. Soruşturması genellikle disiplin amiri dışında bir kişidir. Disiplin amiri, onun hazırlayacağı fezleke ışığında kararını verecektir. Ancak, kendisi de soruşturmayı yürütebilir. Üst disiplin amiri (Kaymakam, Sağlık Grup Başkanı, Sağlık Müdürü) tarafından açılan bir soruşturmada, sağlık ocağı dışından olan birisi de soruşturmacı olarak atanabilir.

Soruşturmacı, yasaya göre “sorgu yargıcı” durumunda olduğundan ve soruşturma, genel kurallara göre yapılan “ilk soruşturma” niteliğinde bulunduğundan, ilk soruşturmanın **GİZLİ, YAZILI, GIYABI** olmasına ilişkin ilke ve özelliklerine uymalıdır.

GİZLİLİK : Soruşturmacı, şikayetçi, tanıklar ve sanığı birbirinden ayrı ve tek tek dinlemelidir. Kanıtlar ilgililere açıklanmamalı ve incelettilmemelidir. Sanığa yüklenen suç genel çizgileri ile belirtilip savunması alınır. Ancak çelişkilerin giderilmesi için yüzleştirme yapılamaz.

YAZILILIK : Alınan tüm ifadeler ve incelemeler yazılı olarak saptanmalı, tutanağı soruşturmacı, ifade veren ve varsa katip imzalamalıdır. Her sayfa altını soruşturmacının ayrıca imzalaması gerekir.

GIYABİLİK : Soruşturma, sanığın yokluğunda yürütülür. İfadeler alınırken, bilirkişi incelemesi ve görüş bildirilmesi sırasında sanık hazır bulunamaz. Soruşturma konusunda sanığa bilgi verilmez.

Soruşturmacı, tanıklar ve şikayetçiyi zabıtaya yazacağı bir tezkere ile çağırabilir ve bu işlemleri yapabilir. İlçe ya da il dışında bulunan kişilerin dinlenmesi için, soruşturmacı kendisini atayan makam aracılığı ile uygun görülecek bir yetkili memura talimat yazarak ifadenin saptanmasını isteyebilir.

Diğer özellikler : Soruşturmacı gerekli görüyorsa, belli konularda belli kişilerin görüşünü alabilir, inceleme yaptırabilir. Suça ilişkin bir eşyanın zor alımı için mahkemeye başvurması gerekir. Memurun suçuna, memur olmayan kişiler de katılmışsa o kişiler için soruşturma açılmasının sağlanması amacıyla durum Cumhuriyet Savcılığına bildirilmelidir.

Soruşturmaya önce, varsa suçu ihbar edenin ya da şikayetçinin dinlenmesi ile başlanmalı, deliller, tanıklar ve belgeleri açıklattırılmalıdır. Yazılı kanıtlar ilgili yerlerden, tezkereye yazılarak istenir. Sanığın hem lehindeki hem de aleyhindeki tüm kanıtlar toplanır. Tanıklar ve bilirkişi, and yaptırılarak dinlenir. And verildiği tutanağa yazılır. Soruşturmacı isterse yeminli bir katip kullanabilir. Her ifadenin altı soruşturmacı, katip ve ifade verence imzalanır.

FEZLEKE : Soruşturma tamamlanınca bir fezleke düzenlenir ve evrakla birlikte soruşturmacıyı atayan makama verilir.

1. Fezlekenin giriş bölümünde soruşturmaya hangi makamın hangi tarih ve sayılı emri ile başladığı, hangi suç ve memur için soruşturma yapıldığı yazılır.
2. Şikayetçi (varsa) açık kimliği, ya da kişisel davacı ya da ihbar yapanın kim olduğu yazılır. Yoksa “Kamu Hukuku” davacı olarak gösterilir.
3. Sanık ya da sanıkların kimlikleri, memuriyet ünvanı ve dereceleri, nüfusa kayıtlı oldukları yer açıkça belirtilir.
4. Suç ve olay açıklanır.
5. Olaya uygulanması gereken yasa maddeleri belirtilir.
6. Tüm kanıtlar kısaca özetlenir.
7. Olay ve suç tarihi yazılır.
8. Suç yeri gösterilir.
9. Sonuç olarak, sanığın hangi suçu nasıl işlediği ve hangi yasanın hangi maddeleri gereğinde, nerede yargılanması gerektiği belirtilir. Hangi

suçlardan yargılanmasına gerek bulunmadığına kara verilmesi gerektiği de ayrıca açıklanır.

Evrakın her sayfası imzalanıp mühürlenir ve karar organına gönderilmek üzere, atayan makama verilir.

Disiplin cezaları personelin özlük dosyalarına işlenir ve o kişinin ileride ki memurluk yaşamını, üst görevlere atanmalarını etkileyebilir. Ceza alan kişinin itiraz hakkı vardır. Bu itirazlar idare mahkemelerine yapılabilir. Bu mahkemeler yapılan soruşturmayı, hem usul hem de esas yönünden inceleyerek kararlarını verirler. Bir çok olayda, soruşturmaların usul yönünden, yani soruşturma gereklerinin mevzuatta belirtilen kurallara uygun yapılmadığı gerekçesi ile verilen kararların bozulduğu görülmüştür. O nedenle, soruşturmalarda usullere titizlikle uymak son derece önemlidir. Eğer, soruşturmacı ya da disiplin amiri, bu konularda deneyimsiz ise, soruşturmaya başlamadan önce ilgili mevzuatı incelemeli ve deneyimli amirlerinden görüş almalıdır.

İzinler

Devlet memurlarının beş değişik izin hakları vardır:

Yıllık izin hakkı : Adaylık süresi dolup, asıl memur olma hakkında elde eden memurların her yıl belli süre için ücretli izin yapma hakları vardır. İzin hakkının olmadığı adaylık süresi memuriyete başladıktan sonra en çok iki yıldır. Memuriyete başladıktan bir yıl sonra, memur iyi sicil aldığı takdirde adaylığı biter ve asil memur olur. Bu süre iki yılı geçtiği halde, adaya sicil verilmemiş, ya da adaylığının son erdiği bildirilmemiş ise, adaylık kendiliğinden kalkmış sayılır.

Yıllık izin süresi, memuriyette 10 yılını tamamlamamış memurlar için 20 gün, daha fazla memurluk süresi olanlar için ise 30 gündür. İşçi statüsünde çalışanlardan farklı olarak, memurların izin sürelerine, hafta sonu ya da diğer tatiller dahildir. İşçilerin tatil süreleri ise, genellikle iş günü üzerinden hesaplanır.

Tatil süresini uzatabilmek için, bazı memurlar, örneğin, yılda dört kez, Pazartesi-Cuma günleri arasında tatil isteğinde bulunurlar. Böylece, tatil öncesi ve sonrasına rastlayan hafta sonu tatillerini de ekleyerek toplam olarak 20 gün yerine 36 gün tatil yapmak isterler. Bu uygulama, kurallara aykırıdır. Yıllık izinler, kural olarak en çok ikiye bölünerek kullanılabilir. Amir uygun görürse, memurun gerekçelerini dikkate alarak izin süresini daha fazla parçaya bölebilir.

Bir yıl içinde kullanılmadığı için artan izin hakkı süreleri bir sonraki yıl içinde kullanılabilir. Buna izinlerin birleştirilmesi denilir. Ancak, bunun bazı kuralları vardır. Memur, yıl bitiminden önce, bir dilekçe ile, artan iznini bir sonraki yıl

içinde kullanmak istediğini belirtir. (Bir çok yerde, izin birleştirmek için özel formlar vardır). Bu isteği amir tarafından kabul edildiği takdirde (kabul edilmemesi ancak özel ihtiyaç durumlarında söz konusu olabilir), memur izninin artan günlerini sonraki yıl içinde kullanabilir. Ancak, izin sürelerinin birleştirilmesi durumunda, önce içinde bulunulan yılın izini kullanılır. Sonra geçmiş yıldan devredilen izin süresi kullanılabilir. Yani, kullanılmayarak sonraki yıla aktarılan izin süresinin, sonraki yıl içinde kullanılması ve bitirilmesi kuraldır. Kullanılmayan süreleri, yıllar boyu aktararak çok sonraki yıllarda kullanmak kurallara aykırıdır.

Ulaşımın sorun olduğu yerlerde, izine gidiş ve dönüşler için yol süresi olarak ikişer gün eklenebilir.

Sağlık ocağı personeli izinlerini, bir üst makam olan sağlık grup başkanlığından, böyle bir makam yoksa, il sağlık müdürlüğünden alırlar. Ancak, kaymakamın, memurun ayrılmasında sakınca olmadığını bildiren onayı gereklidir.

Aslında, ildeki bütün memurların izinleri vali tarafından verilir. Fakat, valiler genellikle bu yetkilerini şube müdürlerine devretmişlerdir.

İzine çıkabilmek için, izin verecek makamın onayı şarttır. Bunun gerekçesi, amirin, ilçedeki ya da ildeki hizmetlerin aksamaması için, memurların işlerini bırakacakları süreleri kontrol edebilmesidir. Bazı amirler, izine ayrılmadan en geç iki hafta önce izin talebinde bulunulmasını isteyebilirler. Bazıları ise, yılın başlarında, bütün memurların izine çıkacakları zamanları belirleyip, topluca izin onayı vermeyi daha uygun bulabilirler. O nedenle, sağlık ocağı personelinin, buldukları kuruluşta ve ilde hangi yöntemin uygulanmakta olduğunu bilmeleri gerekir. En iyisi, sağlık ocağı hekiminin, ocakta çalışan personelin yıllık izinlerini mümkün olduğu kadar yılın ilk aylarında planlamalarıdır. Böylece, ocak hizmetlerinin aksamadan yürütülmesi sağlanabilir.

Yıllık izinlerin yaz aylarına denk getirilmesi yaygın bir uygulamadır. Fakat, yılın her hangi bir döneminde yıllık izin kullanılabilir.

Personel izine çıkarken ve izinden döndüğünde resmi birer yazı ile, memurun görevden ayrıldığı ve göreve döndüğü amire bildirilmelidir.

Hastalık izni hakkı : Hastalık izni kullanmak her memurun hakkı olmakla birlikte, hasta olarak geçirebilecekleri süreler açısından memurun kıdemine göre farklılıklar vardır. Hasta olduklarında, raporlu olarak izin alma süresi, 5 yıla kadar hizmeti olanlar için 3 ay, 5-10 yıl arasında hizmeti olanlar için 6 ay, daha uzun süre memuriyet yapmış olanlar için ise 12 aydır. Kanseri, verem gibi uzun süre bir hastalığı olan memurlara, hizmet süresine bakılmaksızın 18 aya kadar hastalık izni

verilebilir. Bu süre, sağlık kurulu raporu ile bir katına kadar uzatılabilir. Bu sürenin sonunda da iyileşemeyen devlet memurları emekli edilirler. Emekli olduktan sonra iyileştiklerini kurul raporu ile belirleyenler, isterlerse, eski sınıf ve derecelerine öncelikle atanırlar.

Bir memurun hastalık izni raporu, daire amiri tarafından uygun bulunursa geçerli olur. Amir isterse hastayı (memuru) ve raporu bir hakem hastaneye sevk edebilir. Sağlık ocağında, hastalık izinlerini onaylama yetkisi ocak başhekimine ya da sorumlu hekimine aittir.

Özür izni hakkı : Yıllık izinlerinin dışında, bazı durumlarda ortaya çıktığında, belli sürelerle çalışmalarından ayrılmak memurların haklarıdır:

1. Kadın memurlara, doğumdan önce 3 hafta, doğumdan sonra 6 hafta izni verilir. Bunun için, hekimden alınacak doğum raporu gereklidir. Bu süre içinde memur, ücretini alır. Doğum yapan memur isterse, doğum sonrası olan 6 haftalık iznini 6 aya kadar uzatabilir. Ancak, uzatılan süre içinde ücret alamaz.
2. Karısının doğum yapması nedeniyle, erkek memura, isterse, doğum gününden başlayarak 3 gün izin verilir.
3. Evlenen memurlara, evlilik tarihinden başlayarak 5 gün izin verilir.
4. Çocuğunun evlenmesi durumunda, isterse, memura 3 gün izin verilir.
5. Anasının, babasının, kardeşinin, eşinin ya da çocuğunun ölmesi durumunda memura 5 gün izin verilir.
6. Bakmak zorunda oldukları, ana, baba, eş ve çocuklarının ağır hastalıkları durumunda ya da yaşamları tehlikeye girdiğinde, 6 aya kadar ücretsiz izin alma hakları vardır.
7. Yukarıda belirtilen durumlar dışında, memurun bir özürü (mazereti) olursa, daire amirinin uygun görmesi durumunda, merkezlerde atamaya yetkili amirlerce, illerde valiler, ilçelerde kaymakamlarca memura, bir yıl içinde bir defada ya da parça parça kullanılmak üzere toplam 10 gün izin verilebilir. Bu süre, özür devam ederse bir 10 gün daha uzatılabilir. Yıllık izin kullanılmamışsa bu süre yıllık izinden düşülür. Özür izni, yalnızca özürü olanlara verilir.

Sağlık izin hakkı: Radyoaktif maddelerle çalışan personeli, diğer izin sürelerine ek olarak her yıl bir ay daha izin yapma hakkına sahiptirler. Sağlık ocaklarında, eğer röntgen uygulaması yapıyorsa, bu bölümde fiilen çalışan kişiler bu haktan yararlanabilirler. Ancak, tereddütlü durumlarda il sağlık müdürlüklerinden görüş almakta yarar vardır.

Aylıksız izin: Devlet memurluğunda on hizmet yılını tamamlamış olanlar, istedikleri takdirde, memuriyet süreleri boyunca ve bir defada kullanılmak üzere

altı aya kadar aylıksız izin alabilirler. Ayrıca bir özür belirtmek gerekmez.

Devir -Teslim

Görevlerinden ayrılan ve göreve atanan bütün kamu görevlileri karşılıklı olarak devir-teslim yapmak zorundadırlar. Devir-teslim sırasında iki nokta önemlidir: (1) Parasal ve hizmetle ilgili diğer malzeme ve evrakin devir-teslimi, (2) Hizmetle ilgili işler ve planlamalar hakkında bilgi alışverişi.

İkinci nokta, ayrılan ve gelen kişilerin karşılaştıkları durumlarda olabilir. Ancak, birinci nokta, kesinlikle gereklidir. Eğer, ayrılacak olan memur ayrılıncaya kadar yerine atanan kişi henüz gelmemişse, ayrılan memur, amirine yazı ile başvurarak, devir etmesi gereken şeyleri kime devredeceğini sorar. Gelen cevaba göre devir işlemini yapar.

Örneğin, başka bir göreve atanan hekim çalıştığı sağlık ocağından ayrılıncaya kadar, yerine atanan hekim gelmemişse, sağlık grup başkanlığına ya da il sağlık müdürlüğüne yazı ile başvurur. Gelen cevapta, devir işlemlerinin, sağlık müdürlüğünden gönderilecek bir kişiye ya da sağlık ocağında görevli bir personele yapılması istenebilir. Bu durumda, devir işlemini istenilen kişiye yapan hekim, ocaktan ayrılabilir. Yeni hekim geldiğinde, görevlendirilmiş olan kişi, teslim aldığı malzemeyi yeni gelen devreder.

Devir-teslim işlemlerinde, kesinlikle yazılı tutanak (tesellüm senedi) tutulmalıdır. Bu tutanak örneklerinden birisi ayrılarda, ikincisi göreve başlayanda kalmalıdır. Bir kopyanın da ocak sekreterinde bulunmasında yarar vardır. Bu tutanaklar, ocak amiri (başhekim/sorumlu hekim) tarafından onaylanmalıdır.

Kişilerde kalan örneklerin, her memurun evlerinde bulundurdukları bir dosyada saklanmaları uygun olur. Çünkü, ileride bir sorun olduğunda memurlar, bazı malzemeyi devrettiklerini ispatlamak durumunda kalabilirler.

Ocak başhekiminin devir-teslim işlemi sırasında, il sağlık müdürlüğünden de bir kişinin bulunmasında yarar vardır. Hekim dışındaki personelin devir-teslim işlemlerinde ise, ocak hekiminin hazır bulunması iyi olur.

Sağlık evi ebesi görevinden ayrılacaksa ve Sağıkevi bir süre ebesiz kalacaksa, binanın içindekilerle birlikte köy muhtarına devri (teslimi) uygun olur. Muhtar da bir kamu görevlisidir ve binanın korunması için uygun bir konumdadır.

Ocak sekreterinin (memur) devir-teslim işlemi özellik gösterir. Ocağın bütün demirbaş malzemesi sekretere zimmetli olduğundan ve sekreter de bu malzemeyi diğer personele senet karşılığı zimmetle devrettiği için, sekreter ayrılırken bütün

malzemenin sayılması gerekecektir. Personele zimmetli malzeme, aynı şekilde onlarda kalmakla birlikte, bunların da sayılmaları gerekecektir.

Özellikle göreve yeni başlayan personelin, malzemeyi tam ve sağlam almaya özen göstermelerinde yarar vardır. Tam olmadığı halde, tam aldığına ait imza atan bir personel, malzemenin eksikliğini sonradan anlamış olsa bile, bunu ispat etmesi güç olacağından, eksik malzemeyi tazmin etmek durumunda kalabilir.

Sağlık ocağı personelinin göreve başlarken teslim alacağı ve görevden ayrılırken devir edeceği malzeme ve eşyalar şunlardır:

Hekim

- Gizli evrak dosyası
- Gizli evrak defteri
- Uyuşturucu ilaçlar (ocakların çoğunda yoktur)
- Kırmızı ve yeşil reçeteler
- Mühür
- Üzerine zimmetli tıbbi malzeme
- Çalışma odasındaki demirbaş eşya Lojman ve içindeki malzeme
- Teftiş defteri

Hemşire

- Üzerine zimmetli tıbbi malzeme
- Ebe denetim dosyaları
- Lojman ve içindeki malzeme

Şoför

- Ocak otosu
- Oto tamir ve bakım takımları
- Otonun yedek parçaları
- Seyrüsefer defteri
- Benzin çekleri ve koçanları
- Üzerine zimmetli diğer malzeme

Sağlık memuru

- Üzerine zimmetli tıbbi malzeme
- Esnaf defteri
- Çevre sağlığı ile ilgili dosyalar
- Lojman ve içindeki malzeme

Ebe

- Üzerine zimmetli izleme çantaları
- Üzerine zimmetli doğum çantası
- Üzerine zimmetli diğer tıbbi malzeme
- Sağlık evi ve içindeki demirbaş malzeme
- İzlem kartları
- Lojman ve içindeki malzeme

Tıbbi sekreter (Memur)

- Ocaktaki bütün demirbaş malzeme
- Ocaktaki bütün tüketim malzemesi
- Bütün kayıtlar ve evrak
- Depoda bulunan ilaçlar ve diğer malzeme
- Üzerine zimmetli diğer malzeme

Diğer personel

Sağlık ocağında, yukarıda belirtilen personelden başka personel (eczacı, diş hekimi, diyetisyen vb.) varsa onlarda üzerlerine zimmetli eşyayı devretmekle yükümlüdür. Eczacıların çalıştığı sağlık ocaklarında, ilaçlar ve bunlarla ilgili ambar defterleri ve diğer kayıtlar eczacıların üzerine zimmetlidirler.

Sicil verme

Bir memurun, devlet memurluğunu sürdürebilmesi ve yükselebilmesi için, çalışmalarında başarılı, bilgili, iş arkadaşları ve amirleri ile uyumlu ve dürüst olması, kumar vb. kötü alışkanlıklarının bulunmaması gibi niteliklere sahip olması gerekir. Bu durumları değerlendirmek için devlet memurlarına her yıl, “sicil” (teskiye) denilen bir not verilir. Sicil ile birlikte, varsa memura müfettişlerce verilen denetleme raporları, takdimnameler ve cezalar da memurun yükselmesinde ya da memuriyetine son verilmesinde değerlendirilir. Her memurun bir sicil dosyası vardır. Yukarıda sayılanlar, memurun sicil dosyasında saklanır.

Sicil veren (T.C. Devlet Memurları Sicil Raporu’nu dolduran) kişi “sicil amiri”dir. Üç sicil amiri vardır. Birinci sicil amiri, memuru en yakından tanıdığı var sayılan, onunla birlikte çalışan amiridir. Sicili bu kişi verir. Ancak, yanlış davranmaları ve muhtemel hataları önlemek amacıyla, ikinci sicil amirinin de verilen sicili onaylaması gerekir. İkinci sicil amiri, genellikle birinci sicil amirinin bir üstüdür. İki sicil amiri arasında uyumsuzluk olduğu durumlarda, üçüncü sicil amirinin kararı geçerli olur.

Birinci sicil amirinin, memuru yakından tanıyabilmesi için, onunla en az altı ay bir arada çalışmış olması gerektiği kabul edilmiştir. Bu gerekçeyle, eğer amir ile memur 6 aydan daha süre birlikte çalışmışlarsa, sicili, bir önceki amir, yani memur ile 6 aydan uzun çalışmış olan amir verir.

Birinci sicil amirleri, sicil verdikleri memurlar için, tarih sırasını izleyen birer “sicil not defteri” tutmakla ödevlidirler. Amir, memuru denetlediğinde saptadığı durumları bu deftere kaydeder ve sicil verirken bu notlardan yararlanır.

Sicil Raporunda, memurun yeterliliği ve ahlak durumu ile ilgili sorular vardır. Bu sorulara 100 puan üzerinden not verilir. Ayrıca, sicil amiri, memur hakkındaki kanısın belirtir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 1994 yılında yayımlanan “Sicil Amirleri Yönetmeliği”ne göre yataksız sağlık kuruluşlarında (sağlık ocakları dahil) çalışan personelin sicil amirleri şunlardır:

SAĞLIK OCAĞI PERSONELİNİN SİCİL AMİRLERİ

Personel	Birinci Sicil Amiri	İkinci Sicil Amiri	Üçüncü Sicil Amiri
A) İl merkezinde			
Başhekim/ Sorumlu Hekim	Sağlık Müdürü	Vali	Müsteşar
Diğer Personel	Başhekim/ Sorumlu Hekim	Sağlık Müdür Yrd.	Sağlık Müdürü
B) İlçe Merkezinde			
Başhekim/ Sorumlu Hekim (*)	Sağlık Grup Bşk.	Kaymakam	Sağlık Müdürü
Diğer Personel (**)	Başhekim/ Sorumlu Hekim	Sağlık Grup Bşk.	Kaymakam

(*) Sağlık Grup Başkanlığı kurulmamışsa, birinci sicil amiri Kaymakam, ikinci sicil amiri sağlık müdürü, üçüncü sicil amiri validir.

(**) Sağlık Grup Başkanlığı kurulmamışsa, ikinci sicil amiri Kaymakam, üçüncü sicil amiri Sağlık Müdürüdür.

Bölüm 9

DiĞER KURUMLARLA İLişKİLER

İl ve İlçe Yönetimi

Sağlık Hizmetinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanuna göre, sağlık hizmetleri il içinde bir bütündür. Yani bir ildeki sağlık hizmetleri tek elden yönetilecektir. İl idaresi kanunu da aynı hükümleri taşır. Buna göre, ildeki sağlık hizmetlerinin birinci derecedeki sorumlusu validir. Vali, yalnızca sağlık hizmetlerinden değil, bütün kamu hizmetlerinden ya doğrudan doğruya, ya da denetleyici olarak sorumludur. Vali, ayrı ayrı bütün bakanlıkların o ildeki temsilcisidir.

Yüksek eğitim görmüş ve en az 15 yıllık devlet memurluğu deneyimi olan herkes vali olabilir. Sözgelimi, bir hekim, yargıç, subay, üniversite öğretim üyesi de vali olabilir. Öte yandan, ülkemizdeki valilerin çoğunun, Siyasal Bilgiler, Kamu Yönetimi ya da Hukuk Fakülteleri mezunları olduğu da bilinmektedir.

Niteliklerinden de anlaşılacağı gibi vali, temsil ettiği bakanlıkların hizmetlerine ait teknik bilgilere sahip değildir. Valinin işlevi, yönetmek yani karar vermektir. Bunu yaparken, danışman kullanmak zorundadır. İşte, valinin temsil ettiği bakanlıklarla ilgili işlerde ona danışmanlık yapan kişiler “il şube müdürleri”dir.

İl şube müdürlerinden birisi de “il sağlık müdürü”dür. Diğerleri arasında, millî eğitim, bayındırlık, veteriner işleri, il idaresi, sosyal hizmetler müdürlükleri ve defterdar sayılabilir.

İl şube müdürleri, valiye karar vermede danışmanlık yapmanın yanı sıra, kendi alanlarındaki işleri vali adına yürütmekle yükümlüdürler. Buna göre, bir ilde sağlık hizmetlerini vali adına il sağlık müdürlüğü yürütür. Bu hizmetler valinin gözetimi ve denetimi altında yapılır.

Valinin çok önemli bir işlevi de, ildeki kamu hizmetleri arasında eşgüdüm (koordinasyon) sağlamaktır. Vali, bu görevini kişisel emirleri ve müdürlüklerle yaptığı bire bir temaslarda yapabileceği gibi, bazı kurullar aracılığı ile de yapabilir.

Valinin ilçedeki temsilcisi kaymakamdır. Kaymakamlar, valilerin aksine, daima

Siyasal Bilgiler, Hukuk ya da Kamu Yönetimi eğitimi gördükten sonra, kaymakam olabilmek için özel bir kurstan geçtikten sonra bu göreve atanmışlardır. Yani, kaymakamlar genel ve Türk kamu yönetimi eğitimi görmüşlerdir. İlçede, vali adına davranırlar. Tıpkı vali gibi, bütün bakanlıkların ilçe düzeyindeki hizmetlerinden birinci derecede sorumludurlar. Ancak, bağımsız yargı organlarının ve olağanüstü durum uygulamaları dışında, silahlı kuvvetlerin görevlerine karışamazlar. Emniyet ve jandarma güçlerinden sorumludurlar.

İlçede Sağlık Hizmetleri

Daha önce de açıklandığı gibi, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve il idaresi ile ilgili mevzuatta bazı yanlış anlamalara neden olan yorumlar yapılmaktadır.

Yürürlükte olan sağlık mevzuatına göre, sağlık hizmetleri ilçe hudutları dikkate alınmaksızın örgütlenebilir. Nitekim, var olan sağlık ocaklarının bazılarının hizmet alanları içinde, birden çok ilçeye bağlı olan yerleşim yerleri (köyler) bulunabilir. Bu durumdaki sağlık ocakları birden çok kaymakamla muhatap olduklarından, bunlardan hiçbirine değil, doğrudan il sağlık müdürlüğü kanalı ile valiyeye karşı sorumlu olurlar.

Önceki sağlık hizmetleri modelinde, ilçe hükümet tabipleri, kaymakama karşı sorumlu olarak çalışırlardı. Hükümet tabipleri, bir anlamda, ilçe sağlık müdürü gibi algılanırlardı. Mevcut uygulamada, böyle bir statü yoktur. Onun yerine, sağlık grup başkanlıkları kurulmuştur. Sağlık grup başkanı, sınırları belirlenmiş olana bölgedeki bütün sağlık ocakları, hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının hizmetlerinden sorumludur. Bu kişileri, il sağlık müdürünün, o bölgede oturmakta olan yardımcıları olarak anlamak yanlış olmaz. Mevzuata göre, önceki modelde, hükümet tabibine verilmiş olan bazı yönetsel görevler, şimdi sağlık grup başkanınca yürütülmektedir. Bir bakıma, sağlık grup başkanı, ilçe sağlık müdürü gibi çalışmaktadır. Fakat, görev alanlarında birden çok ilçeye ait yerler olabileceğinden, hiçbir kaymakama karşı sorumlu değildirler. Doğrudan il sağlık müdürüne bağlı olarak çalışırlar. Ancak, yürürlükte olan sicil ve disiplin amirleri yönetmelikleri gereğince, artık sağlık ocaklarının hizmet alanlarına farklı ilçelere bağlı yerler iş yerlerinin alınması mümkün olmamaktadır. Bu yönetmelikler sağlık grup başkanlıkları için böyle bir zorunluluk getirmemekle birlikte, uygulamada her ilçede bir sağlık grup başkanlığı kurulmaktadır. Dolayısı ile, 224 sayılı yasanın öngördüğü ilkelerden birisi olan ve yukarıda açıklanan durum değişmiş olmaktadır. Bundan böyle, sağlık grup başkanlıklarının kaymakamlarında denetimleri altında çalışmaları yönetmeliklerin gereğidir.

Sağlık grup başkanlığı bir yönetim kademesidir. Çok ve çeşitli işleri vardır. Bunların en önemlisi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde yürütülmesini ve birinci ve ikinci basamak arasındaki ilişkileri düzenlemektir.

Öte yandan, bir çok sağlık grup başkanı, aynı zamanda bölgedeki bir hastanenin başhekimidir. O nedenle, grup başkanlığı görevlerine yeterli zamanı ayırabildiklerini söylenemez.

Kaymakamla ilişkiler: Yukarıda değinilen yapılanma, halen geçerli olmakla birlikte, ülkenin bir çok yerinde, sağlık grup başkanlıklarının hizmet sınırları, ilçe sınırları ile aynı yapılmıştır. Bunun istisnaları çok azalmıştır. Dolayısı ile, artık bir sağlık grup başkanının birden çok kaymakamla muhatap olması söz konusu değildir. Yalnızca bir ilçeye hizmet eder duruma gelmişlerdir. Böylece, il idaresi kanununda yer aldığı gibi bir kaymakamın kendi ilçesi sınırları içindeki sağlık hizmetlerini kontrol edebilmesini kısmen engelleyen yapılanma ortadan kaldırılmıştır.

Ayrıca, 1983 yılında, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununda yapılan bir değişiklikle oluşturulan ilçe disiplin kurulunun başkanlığını kaymakamlar yapmaktadır. Bu kurul, ilçe sınırları içinde görev yapan, sağlık ocağı personeli de dahil olmak üzere, bütün memurların disiplin suçları ile ilgilidir.

Kaymakamların, sağlık ocağı personelinin sicil amirlerinden olduklarından da söz edilmişti. Bunun pratikteki anlamı, sağlık ocağı memurlarının kaymakamın doğrudan denetimi altında olduklarıdır. Memurun denetimi, onun yaptığı hizmetlerin de denetimi olduğuna göre, kaymakam sağlık ocaklarının hizmetlerini doğrudan denetleyebilecek demektir.

Bu son yasal değişiklik olmadan önce de kaymakamlar sağlık ocaklarını denetleme yetkisine sahiptiler. Bu hem, İl İdaresi Kanunu ile onlara verilmiş bir görevdi, hem de valinin yardımcısı olma sıfatı ile bu işleri yürütebilmekteydiler. Bununla birlikte, yeni düzenlemeler sonucunda, 224 sayılı yasanın yorumlanmasındaki farklılıklar nedeniyle olan karışıklık, yukarıda açıklanan yeni düzenlemelerle ortadan kaldırılmış olmaktadır.

Yazışmalar konusunda değişik ilçelerde farklı uygulamalar vardır. Sağlık hizmetlerinin teknik yönü ile ilgili yazışmalar, kaymakamlar bilgilendirilmek kaydıyla, sağlık ocakları ile sağlık müdürlükleri arasında doğrudan yapılabilir. Ancak satın alma, personel işleri gibi yönetim konularındaki yazışmaların kaymakamlar aracılığı ile yapılması gerekmektedir. Bazı ilçelerde ise, kaymakamlar, bütün yazışmaları bilmek ve imzalamak istemektedirler. Ocak hekimleri, buldukları ilçedeki uygulamaları bilmek ve ona göre davranmak zorundadırlar.

Kaymakamların sağlık hizmetleri ile ilgili çok önemli bir işlevi de, bütün kamu hizmetleri arasındaki eşgüdümü sağlamalarıdır. Sağlık hizmetleri, diğer kamu kurumlarının desteği ve işbirliği olmadan yürütülemez. Özellikle, köy hizmetleri,

güvenlik ve adli işler, bayındırlık, mali konular gibi işlerde diğer sektör ve kuruluşlarla olan ilişkiler kaymakamlar aracılığı ile yürütülebilir.

Sağlık hizmetlerinde çok önemli yerleri olan “İlçe Hıfzıssıhha Kurulu” ve “Hayvan Sağlık Zabıta Komisyonu” başkanlıklarını da kaymakamlar yürütürler.

Belediyelerle ilişkiler: 224 sayılı yasanın 33. maddesi gereğince, sağlık ocakları belediye bulunmayan yerlerde belediyelerce yürütülmesi gerekli işleri de yürütürler. Belediye olan yerlerde, eğer belediyenin ayrı hekimi varsa, bu işler belediye tarafından yürütülür. Fakat, belediye hekimi olmayan yerlerde, sağlık ocağı hekimleri belediye hekimi olarak çalışırlar. Bu işlerin neler oldukları daha önce açıklanmıştı. Bu durumda, ocak hekimi ile belediye arasında doğrudan ilişki vardır. Ancak, ocak hekimi ve diğer sağlık personeli Sağlık Bakanlığı elemanları olduklarından, özlük hakları ve yönetim açısından belediyelere bağlı değillerdir.

Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 181. maddesine göre Sağlık Bakanlığı belediyelerin gıda kontrol hizmetlerini başarı ile yürütüp yürütmediğini denetlemekle yükümlüdür. Bu görevi il sağlık müdürlüğü yürütür. Ancak müdürlük, ilgili sağlık ocağından, bulunduğu yerdeki belediyeyi denetlemesini isteyebilir. Bu durumda, direktifler doğrultusunda davranmak gerekecektir.

Sağlık ocağının günlük işleri sırasında belediye yönetimi ile ilişki kurması gerekebilir. Özellikle, çevre sağlığı ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü çalışmalarında işbirliği gerekebilir. Daha sonra açıklanacağı gibi, belediye başkanları “Sağlık Ocağı Sağlık Kurulu”nun da üyesidir.

Belediyeler, teknik kadrolara sahip olduklarından, sağlık kuruluşlarının araç-gereçlerinin ve bina donanımlarının onarımında da yardımcı olabilirler.

Köy yönetimleri ile ilişkiler: Köy Kanunu gereğince, köy muhtarları ve ihtiyar heyetlerinin sağlıkla ilgili bir çok görevleri vardır. Köyün genel temizliği, mezarlıkların yapımı bakımı, ölü defni, bulaşıcı hastalıkların bildirimini, köyde çamaşırhane yapımı, köye temiz su sağlanması, köy okulunun hela ve diğer çevre koşullarının iyileştirilmesi gibi işlerden köy yönetimleri sorumludur. Ayrıca, köydeki sağlık evinin korunması, ebenin çalışmalarına destek verilmesi de köy yönetiminin sorumluluklarındandır.

Ülkemizdeki köy sağlık ocaklarının ve sağlık evlerinin birçoğunun arsası köylü yurttaşlar tarafından bağışlanmış ya da köy yönetimleri tarafından sağlanmıştır. Bu binaların onarımları ve bazı ihtiyaçları da köy yönetimlerince karşılanmaktadır.

Kırsal yerlerde çalışan ocak hekimlerinin köy yöneticileri ile, özellikle muhtar ile

sık ve yakın bir ilişki içinde olmaları kaçınılmazdır. Bu ilişkiler, bazen kişisel ve dostluk düzeyinde yürütülebilir. Ancak, köy yönetimlerinin seçimle iş başına geldikleri ve resmi ilişkilerde, tıpkı belediye başkanları ile olan ilişkilerdeki gibi davranmak gerektiği unutulmamalıdır.

Savcılıkla ilişkiler: Sağlık ocağı hekimleri, ilçedeki adli danışmanlardır. Yani, savcı istediği takdirde, sağlık ocağı hekiminden bir adli olayda danışmanlık (bilirkişilik) yapmasını, otopsiyi gerçekleştirmesini isteyebilir. Ocak hekimi bu talebe uymak zorundadır. Ancak, hekim ile sanık ya da taraflardan birisi arasında nişanlılık, evlilik bağı kalkmış olsa bile karı-koca, ana-baba, çocuk-evlatlık ya da ikinci derece dahil olmak üzere akrabalık ilişkileri ve adli makamlarca kabul edilen anlamlı bir neden varsa, bilirkişilikten çekilme zorunluluğu vardır. Eğer otopsi yapılacak kişiyi sağlığında tedavi etmişse, hekim bu görevden affını isteyebilir. Karar savcıya aittir. Burada amaç ölüme neden olabilecek hastalığını tedavi etmiş hekimin otopsi yapmamasıdır. Yoksa hekimin geçmişte herhangi bir nedenle tedavi ettiği bir kişinin otopsisini yapmasında savcı bir sakınca bulmayabilir.

Diğer kuruluşlarla ilişkiler: Sağlık ocaklarının yakın ilişki içinde çalışması gereken bir çok kuruluş vardır. Bunlar arasında İlçe Milli Eğitim, Bayındırlık, Köy Hizmetleri Müdürlükleri sayılabilir. Okul sağlığı, köy sağlık hizmetleri ve çevrenin düzeltilmesi, ocak binasının yapımı ve onarımı gibi işlerde bu kuruluşlarla eşgüdüm gerekir.

Bölüm 10

SAĞLIK HİZMETLERİNE İLİŞKİN KURULLAR

İl İdaresi ve Umumi Hıfzıssıhha Kanunları gereğince, sağlık ocağı hekimleri bazı kurulların üyeleridir. Sözü edilen yasalarda, kurullara ilçe hükümet tabiplerinin katılacağı yazılıdır. Ancak, hükümet tabiplikleri kaldırıldığı için ve onların görevlerini sağlık ocağı hekimleri devir aldığı için, sözü edilen kurullara da ocak hekimlerinin katılmaları gerekmektedir. Ancak, eğer bir ilçede, sağlık grup başkanlığı kurulmuş ise, bu kurullara başkan katılır. Eğer başkanlık kurulmamış ise, sağlık ocağı hekimlerinden birisinin katılması gerekecektir. Eğer, ilçede birden çok sağlık ocağı ya da birden çok ocak hekimi varsa, hangi hekimin kurullara katılacağı, kaymakamın onayı ile belirlenir.

Bu kurullar şunlardır:

İlçe Hıfzıssıhha Kurulu : Bu kurulun görevleri ve yetkileri, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 23-28. maddelerinde belirtilmiştir. Bu kurulun başkanı kaymakamdır. Sekreteryasını sağlık kuruluşları (sağlık ocağı ya da sağlık grup başkanlığı) yürütür. Kurulun diğer üyeleri milli eğitim müdürü, belediye başkanı, bir serbest hekim, bir serbest eczacı, varsa askeri hekim ve bayındırlık müdürüdür.

Bu kurulun iki önemli işlevi vardır: (a) Hızlı karar verip olaylara kısa sürede müdahale edebilmek, (b) Yasal boşlukları doldurmak.

Bilindiği gibi, ülkemizde sağlık hizmetleri oldukça merkeziyetçi biçimde yönetilmektedir. Önemli kararlar, merkezde Bakanlık tarafından alınmakta ve il ve ilçelerde duyurulmaktadır. Bu işlem zaman alıcıdır. Oysa, salgın, afet vb. durumlarda zaman kaybetmeden hızla karar almak ve uygulamak gerekir. İşte, İlçe Hıfzıssıhha kurulları bu işlevi yerine getirirler.

Mevzuatta, her durumla ilgili uygulamalara ilişkin hükümler bulunamayabilir, yasal boşluklardan söz edilebilir. İşte, hıfzıssıhha kurulları, bu konularda aldığı kararlarla bu boşlukları doldurabilir. Çünkü, bu kurulun kararları kanun yerine geçerlidir ve bu kararlara uyulması zorunludur. Kararlara uymamak, cezai yükümlülük getirir.

Hıfzıssıhha kurulları ayda bir kez, gerektiğinde daha sık olmak üzere kaymakamın

başkanlığında toplanır. Kararlar, karar defterine yazılıp imzalanır ve ilgililere, gerekirse halka duyurulur. Sözgelimi, sağlık nedenlerine dayalı olarak karantina uygulanmasına, yerleşim yerlerinin boşaltılmasına, okulların ve işyerlerinin geçici olarak kapatılmasına, helaların islahında kimlerin görevli olacağına vb. kararlar bu kurul tarafından alınıp uygulamaya konulabilir.

Hıfzıssıhha kurulları çok önemlidir ve ocak hekimlerinin bu kurulu etkili biçimde kullanmaları gerekir. Hekimler, yapılmasını istedikleri uygulamaları bu kurulun gündemine sokarak, karar çıkartabilirler.

Zührevi hastalıklar ve fuhuşla mücadele komisyonları : Bu komisyonlar, 1961 tarihli “Fuhuş ve Fuhuş Yüzünden Bulaşan Zührevi Hastalıklarla Mücadele Tüzüğü” uyarınca kurulmuştur. Komisyonun başkanı, teri ve tenasül hastalıkları dispanseri hekimi, o yoksa sağlık ocağı hekimidir. Komisyon ocak hekimi, deri ve tenasül hastalıkları dispanseri hekimlerinden başka, belediye hekimleri, belediye tarafından görevlendirilen bir yetkili, ilçenin en yüksek polis yetkilisi, varsa ahlak zabıtası işlerini yürüten bir yetkiliden oluşur. Başlıca amacı, söz konusu hastalıkların yayılmasını önleyici önlemler almak ve halkın eğitimi ile ilgili işler yapmaktır.

Hayvan sağlık zabıta komisyonu : Kaymakamın başkanlığında toplanan ve asıl görevi ilçedeki hayvanların sağlığını korumak olan bir komisyondur. Komisyonun sekreteryasını ilçe veteriner müdürlüğü yürütür. Zoonozların kontrolü ile ilgili çalışmaları planlar. Ocak hekimi bu komisyonun üyelerindedir. Unutulmamalıdır ki, kırsal yörelerde ve veteriner hekimin bulunmadığı yerlerde, hayvanların muayeneleri ve kesilmelerine izin verilmesi hekimlerin sorumluluğudur.

Sağlık ocağı sağlık kurulları : Önemli fakat, az bilinen bir kuruldur. 224 sayılı yasanın 23 maddesi uyarınca, 15.3.1969 tarihinde yayınlanan “Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin Sağlık Kurulları Yönetmeliği”ne göre kurulur ve çalıştırılır.

Bu yönetmeliğe göre, sağlık ocağı sağlık kurullarının amacı, sağlık hizmetlerinin başarı ile yürütülmesi için sağlık kuruluşları ile halk arasında iyi ilişkiler kurulması, maddi ve manevi işbirliğinin sağlanması ile halkın sağlık örgütünden istediği hususların ilgililere duyurulmasıdır.

Görüldüğü gibi, bu kurulların işlevi, temel sağlık hizmetleri kavramının temel ilkelerinden biri olan halkın sağlık hizmetlerine katılımını aktif olarak sağlamaktır. Bu kurul yolu ile, halkın sağlık hizmetlerini sunanlardan (sağlık ocağından) bazı taleplerde bulunmalarına ve sağlık hizmeti sunanlarla konuyu görüşüp tartışmalarına imkan sağlanmaktadır. Ayrıca, sağlık ocağı yetkililerinin halkın maddi desteğini sağlamak için de bir ortam sağlanmaktadır.

Köylerde, sağlık ocağı sağlık kurulları, sağlık ocağı hekiminin başkanlığında, ocağın bulunduğu yerin varsa belediye başkanı, mahalle ve köy muhtarları, ocağın bulunduğu köyün varsa ortaokul müdürü, merkez ve bağlı köylerin imamları, köy ihtiyar heyetince seçilen halktan birer kişiden oluşur. Oya katılmamak kaydıyla, ocak tıbbi sekreteri (memur) de kurulun sekreterliğini yapar.

İlçe merkezlerinde ise, yine ocak hekiminin başkanlığında, ilçe belediye başkanı, mahalleri muhtarları, varsa ocağın hizmet alanına giren köylerin muhtarları, lise ya da ortaokul ve ilk öğretim müdürleri, ilçe veterineri, ilçe ziraat teknisyeni, müftü, belediye meclisince halktan seçilmiş bir kişi kuruluşun üyeleridir. İlçe merkezinde birden çok sağlık ocağı varsa, bunlardan birisi kurul oluşturmak üzere il sağlık müdürlüğu tarafından görevlendirilir.

Görüldüğu gibi, sağlık ocağı sağlık kurullarının üyeleri toplum liderliği özelliklerine sahip kişilerdir. Bu kişilerin, toplum ile sağlık kuruluşları arasındaki yakın ilişkiyi sağlayacağı ve toplumun düşüncelerini yansıtacağı varsayılmıştır.

Yönetmeliğe göre, kurulun 3 ayda bir salt çoğunlukla toplanması gerekir. Kararlar, yine çoğunlukla alınıp bir karar defterine yazılır ve imzalanır. Kararlar daha sonra kaymakamlıklara ve kararlarla ilgili yerlere iletilir.

KAYNAKLAR

1. Eren, N., Öztekin, Z. (Ed) Sağlık Ocağı Yönetimi, 6. Baskı, Palme Yayınları, Ankara, 1993.
 2. Öztekin, Z., Saat, Z. (Ed) Sağlık Hizmetlerinde Denetim, S.S.Y.B. Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Ankara, 1987.
 3. Öztekin, Z. Temel Sağlık Hizmetleri, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Yayın No 92/2, Ankara, 1992
 4. Eren, N. Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, 4 üncü baskı, Hatipoğlu Yayınları No. 04, Ankara, 1989.
 5. Eren, N.Köy, İlçe ve İllerde Sağlık Yönetimi ve Mevzuatı, Beta Yayınları, İstanbul, 1984.
 6. Sümbüloğlu, K., Öztekin, Z. Hastalıkların Uluslar arası Sınıflandırılması, S.S.Y.B. yayını no. 450, Ankara, 1982.
 7. Arı, A. Sağlık Ocağı Laboratuvarlarında Uygulanacak Çalışma Yöntemleri, S.S.Y.B. yayını no. 432, Ankara, 1982.
 8. Benli, D., Özalp, H. Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Somgür Yayıncılık, Ankara, 1994.
 9. Öztekin, Z., Kubilay, G. Toplum Sağlığı ve Hemşireliği, Somgür Yayıncılık, Ankara, 1993.
 10. Kartoğlu, Ü., Temel Sağlık Hizmetlerinde Toplum Tanıma ve İletişim, Türm Tabipleri Birliği, Ankara, 1992.
 11. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Ana Sağlığı Programı, Ankara, 1986.
 12. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Çocuk Sağlığı Programı, Ankara, 1988.
 13. UNICEF Kalkınmada Öncelikli İller Projesi, Sağlık Ocağı Hekimleri Eğitim Programı, Ankara, 1993.
 14. Gözübüyük, A.Ş., Türkiye'nin Yönetim Yapısı, S Yayınları No. 11, Sevinç Matbaası, Ankara, 1978.
 15. Ayvaz, S. Tıbbi Bilirkişilik, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayını No : 493, Ankara, 1982.
-

E K L E R

EK 1**HASTALIKLARIN 150 BAŞLIKLI A LİSTESİ**

- A 1. Kolera
 - A 2. Tifo
 - A 3. Paratifolar ve diğer salmonella enfeksiyonları
 - A 4. Basilli dizanteri ve amibiyazis
 - A 5. Enterit ve diğer diyare hastalıkları
 - A 6. Solunum sistemi tüberkülozu
 - A 7. Menenjlerin ve merkezi sinir sisteminin tüberkülozu
 - A 8. Barsak, periton ve mezenter ganglionları tüberkülozu
 - A 9. Kemik ve eklem tüberkülozu
 - A 10. Diğer tüberkülozlar, sonraki etkileri dahil
 - A 11. Veba
 - A 12. Şarbon
 - A 13. Bruselloz
 - A 14. Cüzam
 - A 15. Difteri
 - A 16. Boğmaca
 - A 17. Streptokok anjini ve kızıl
 - A 18. Yılcık (erizipel)
 - A 19. Menengokok enfeksiyonu
 - A 20. Tetanos
 - A 21. Bakterilerin diğer hastalıkları
 - A 22. Akut poliomyelit
 - A 23. Akut poliomyelitin sonraki etkileri
 - A 24. Çiçek
 - A 25. Kızamık
 - A 26. Sarı humma
 - A 27. Viral ensefalit
 - A 28. Enfeksiyöz hepatit
 - A 29. Virüslerin diğer hastalıkları
 - A 30. Tifüs ve diğer riketsiya hastalıkları
 - A 31. Sıtma
 - A 32. Tripanosomiyazis
 - A 33. Relapsing fever
 - A 34. Doğuştan frengi
 - A 35. Erkek frengi, semptomatik
 - A 36. Merkezi sinir sistemi frengisi
 - A 37. Diğer frengiler
 - A 38. Gonokok enfeksiyonları
-

- A 39. Şistosomiyazis
 - A 40. Hidatik hastalık
 - A 41. Flariyal enfeksiyon (filaryon)
 - A 42. Ankilostomiyazis
 - A 43. Barsak kurtlarından doğan diğer hastalıklar
 - A 44. Diğer enfeksiyon ve parazit hastalıkları
 - A 45. Ağız boşluğu ve farenksin habis uru
 - A 46. Özofagusun habis uru
 - A 47. Midenin habis uru
 - A 48. Barsakların habis uru, rektum hariç
 - A 49. Rektum ve rektosigmoid bağlantıları habis uru
 - A 50. Larenksin habis uru
 - A 51. Trakea, bronş ve akciğerlerin habis uru
 - A 52. Kemiğin habis uru
 - A 53. Derinin habis uru
 - A 54. Memenin habis uru
 - A 55. Rahim boyunun habis uru
 - A 56. Rahimin habis uru
 - A 57. Prostatın habis uru
 - A 58. Vücudun diğer ve belirtilmeyen yerlerindeki habis urlar
 - A 59. Lösemi
 - A 60. Lenfatik ve hematopoetik dokuların diğer urları
 - A 61. Selim urlar ve cinsi belirtilmeyen urlar
 - A 62. Toksik olmayan guatr
 - A 63. Guatrlı veya guatrsız tirotoksikoz
 - A 64. Şekerli diyabet
 - A 65. Vitaminsizlikler ve diğer beslenme yetersizlikleri
 - A 66. Diğer iç salgı bezi ve metabolizma hastalıkları
 - A 67. Anemiler
 - A 68. Kan ve kan yapan organların diğer hastalıkları
 - A 69. Psikozlar
 - A 70. Nevrozlar, kişilik bozuklukları, diğer psişik olmayan zeka bozuklukları
 - A 71. Zeka geriliği
 - A 72. Menenjit
 - A 73. Multipl skleroz
 - A 74. Epilepsi
 - A 75. İltihaplı göz hastalıkları
 - A 76. Katarakt
 - A 77. Glokom
 - A 78. Ortakulak iltihabı ve mastoidit
 - A 79. Sinir sistemi ve duyu organlarının diğer hastalıkları
 - A 80. Aktif eklem romatizması
-

-
- A 81. Kronik romatizmal kalp hastalığı
 - A 82. Hipertansiyon
 - A 83. İskemik kalb hastalığı
 - A 84. Kalp hastalığının diğer şekilleri
 - A 85. Serebro - vasküler hastalık
 - A 86. Arter, arteriyol ve kapiller hastalıkları
 - A 87. Ven trombozu ve embolizm
 - A 88. Dolaşım sisteminin diğer hastalıkları
 - A 89. Akut solunum yolu enfeksiyonları
 - A 90. Grip
 - A 91. Viral pnömoni
 - A 92. Diğer pnömoniler
 - A 93. Bronşit, amfizem ve astım
 - A 94. Tonsil ve adenoid hipertrofisi
 - A 95. Ampiyem ve akciğer apsesi
 - A 96. Solunum sisteminin diğer hastalıkları
 - A 97. Diş ve dişi tanıyan dokuların hastalıkları
 - A 98. Peptik ülser
 - A 99. Gastrit ve duodinit
 - A 100. Apandisit
 - A 101. Barsak tıkanması ve fitik
 - A 102. Karaciğer sirozu
 - A 103. Safra taşı ve kolesistit
 - A 104. Sindirim sisteminin diğer hastalıkları
 - A 105. Akut Nefrit
 - A 106. Diğer nefrit ve nefrozlar
 - A 107. Böbrek enfeksiyonu
 - A 108. Üriner sistemde taş
 - A 109. Prostat hiperplazisi
 - A 110. Meme hastalıkları
 - A 111. Ürogenital sistemin diğer hastalıkları
 - A 112. Gebelik ve lohusalık toksemileri
 - A 113. Gebelik ve doğum kanamaları
 - A 114. Kanuni yoldan çocuk düşürme
 - A 115. Diğer ve belirtilmeyen çocuk düşürmeler
 - A 116. Doğum ve lohusalık enfeksiyonları
 - A 117. Gebelik, doğum ve lohusalık sırasındaki diğer komplikasyonlar
 - A 118. Komplikasyondan söz açılmaksızın doğum
 - A 119. Deri ve deri altı dokusunun enfeksiyonları
 - A 120. Deri ve deri altı dokusunun diğer hastalıkları
 - A 121. Artrit, spondilit
 - A 122. Eklemle ilgili olmayan ve belirtilmeyen romatizma
 - A 123. Osteomyelit ve periyosit
-

-
- A 124. Ankiloz ve sonradan olma iskelet-kas deformiteleri
A 125. İskelet-kas sistemi ve bağ dokusunun diğer hastalıkları
A 126. Spina bifida
A 127. Doğuştan kalp bozuklukları
A 128. Dolaşım sisteminin doğuştan diğer bozuklukları
A 129. Yarı damak ve yarı dudak
A 130. Doğuştan olma bütün diğer hastalıkları
A 131. Doğum travması ve güç eylem
A 132. Plasenta ve kordonon durumları
A 133. Yenidoğanın hemolitik hastalığı
A 134. Başka yerde sınıflandırılmayan anoksik ve hipoksik durumlar
A 135. Perinatal hastalık ve ölümlerin diğer nedenleri
A 136. Psikozdan söz açılmaksızın ihtiyarlık
A 137. Semptomlar ve iyice belirtilmeyen diğer durumlar
A 138. Motorlu taşıt kazaları
- AE 139. Diğer taşıt kazaları
AE 140. Kaza sonucu zehirlenme
AE 141. Kaza sonucu düşme
AE 142. Yangınların sebep olduğu kazalar
AE 143. Kaza sonucu suda boğulma ve suya düşme
AE 144. Ateşli silahlardan doğan kazalar
AE 145. Endüstriyel kazalar
AE 146. Diğer bütün kazalar
AE 147. İntihar ve kendini yaralama
AE 148. Adam öldürme, başkaları tarafından kasden yaralanma
AE 149. Kaza sonucu veya kasıtlı olduğu belirtilmeyen travmalar
AE 150. Harp hareketından doğan travmalar
- AN 138. Kafatası kırığı
AN 139. Belkemiği ve gövde kemiklerinde kırık
AN 140. Ekstremitelerde kırıklar
AN 141. Kırıksız çıkık
AN 142. Eklem ve bitişik kasların burkulma, incinmeleri
AN 143. Kafa içi travması
AN 144. Göğüs, karın ve pelvisin iç travmaları
AN 145. Yırtıklar ve yaralar
AN 146. Yüzeysel travmalar, deri bütünlüğünü bozmayan kontüzyon ve Çürükler
AN 147. Vücudun tabii boşluklarından giren yabancı cisimler
AN 148. Yanıklar
AN 149. Kimyasal maddelerin ters etkileri
AN 150. Diğer ve belirtilmeyen dış nedenlerin tesirleri
-

- Y-10. Sağlam kişi muayenesi
 - Y-29. Normal bulgu
 - Y-34. Hasta kontrolü
 - Y-60. Gebe kontrolü
 - Y-62. Sağlam çocuk
 - Y-69. Aile planlaması
-

EK 2

BİLDİRİMİ ZORUNLU HASTALIKLAR

Ülkemizde bulaşıcı hastalık bildirimleri başlıca dört bölümde ele alınmaktadır:

a. Uluslararası Bildirimi Zorunlu Hastalıklar:

Çiçek (Dünyada eradike edilmiştir),
Hummai Racia (bitle geçen),
Kolera,
Sarı Humma,
Tifüs (bitle geçen),
Veba.

b. Türkiye Düzeyinde Bildirimi Zorunlu Hastalıklar:

AİDS,
Amipli Dizanteri,
Basilli Dizanteri,
Besin Zehirlenmeleri,
Boğmaca,
Brüsellozis,
Difteri,
Hepatit (enfeksiyöz),
Kalaazar,
Kanser (Her türlü),
Kızamık,
Kızıl ve Streptokok Anjini,
Kuduz (ya da kuşkulu ısırık, hangisi olduğu belirtilmeli),
Lepra (cüzzam),
Leptospirozis,
Lohusalık Humması,
Meningit (meningokok etmenli),
Meningoensefalomiyelitler,
Paratifolar,
Poliomiyelit,
Ruam,
Tetanos,
Tifo,
Tifüs (Pire ile geçen),
Şarbon.

c. Bildirimi S. ve S.Y. Müdürlükleri ve İldeki İlgili Kuruluşlara Yapılan Hastalıklar:

Frengi (sifilis),
Sıtma,
Tüberküloz ve
Trahom.

d. Bildirimi Andemik Bölgelerde Yapılanlar:

Bilhariasis (Mardin – Nusaybin)
Filariyazis (Antalya – Alanya – Elazığ – Karakoçan),
Kancalı Kurt (Karadeniz Bölgesi, Hatay, İçel, Adana).

Not : Çocuk felci hastalığını kontrol programı çerçevesinde Sağlık Bakanlığı bulaşıcı bir nedenle olsun ya da olmasın “flask paralizi” (flask palsi) tanısı konulan kişilerin de bildirilmesini zorunlu yapmıştır.

EK 3

EBENİN GEBE İZLEMİ AMACIYLA YAPACAĞI EV ZİYARETLERİNDE YANINDA BULUNDURMASI GEREKEN ARAÇ – GEREÇ

- Tansiyon aleti, steteskop,
 - Sabunluk ve sabın, el havlusu,
 - Sargı bezi, pamuk, flaster,
 - Alkol, tentürdiot,
 - Asetik asit,
 - İspirto ocağı,
 - Cam tüp, tüpü tutmak için maşa,
 - Fötoskop,
 - Hemogloblin ölçmek için sahli aygıtı,
 - 2 Koher, 1 Makas,
 - 2 çift eldiven,
 - Enjektör ve iğneleri, 2 ampul Meterjin, 2 ampul Simpitan,
 - Derece,
 - Mezür,
 - Tartı aleti,
 - İzleyeceği gebelerin kartları ve boş gebe izleme kartları,
 - İzleyeceği çocukların kartları ve boş çocuk izleme kartları,
 - Doğum ve ölüm fişleri,
 - Tetanos aşısı - aşı nakil kabı içerisinde
 - Ebenin günlük not defteri.
-

EK 4

DOĞUMDA EBENİN YANINDA BULUNDURMASI ZORUNLU OLAN ARAÇ VE GEREÇLER

- Tansiyon aleti, steteskop,
- Fötoskop (ÇKS dinlemek için),
- Derece,
- Hemogloblin ve idrar muayenesi için gerekli araç, gereçler (sahli, tüp, solüsyonlar),
- İspirto ocağı,
- Lavman cihazı,
- Enjektör, iğneleri ve kesecek,
- Nelaton sondalar (anne ve bebek için),
- İki böbrek küvet,
- Pamuk,
- Eldiven (en az iki çift)
- Steril gazlı bez (bebeğin ağzını temizleme ve göbeği kapatmak için),
- 2 maske,
- 3 koher pensi, bir makas,
- Göbek bağlamak için iplik,
- Muşamba önlük, muşamba,
- Havlu, sabun, el fırçası,
- Bebek tartı aleti,
- Bebek tartı tulumu,
- Saçını kapatması için tülbent ya da bone,
- Tentürdiyot (bebek için), alkol,
- 4 Meterjin amp., 4 Simpitan amp. (5 ünitelik), serum fizyolojik amp.,
- K vit. Amp. (1 cc. K vit., 9 cc serum fizyolojikle sulandırılacak yenidoğan bebeklere kas içine yapılır),
- Mezür, el kantarı, çengelli iğne,
- Gümüş nitratl göz damlası,
- El feneri.

Doğuma çağırılan ebe doğum çantasını, gerekli tüm araç ve gereçlerini tam, steril ve temiz olduğundan emin olmak için bir kez daha kontrol eder, o gebeye ait izleme kartını alarak doğum yaptıracığı eve gider.

Gebe çağırıldığında, kendi emniyeti açısından mümkünse bekçi ya da köyden tanıdık birini yanına alması uygun olur.

EK 5

RİSK FAKTÖRLERİ

Gebelik ve doğum sonu dönemlerinde anne ve bebek yönünden önemli olan risk (tehlike) faktörleri şunlardır:

- Gebenin 18 yaşından küçük olması,
- Gebenin 35 yaşından büyük olması,
- Gebenin boyunun 155 cm'den kısa oluşu,
- Birinci gebelik (primiparite),
- Beşinci ya da sonraki gebelikler (grand multiparite),
- Son doğum ile şimdiki gebelik arasındaki sürenin 2 yıldan kısa oluşu
- Gebede sıtma hastalığı olması,
- Gebede kronik bir hastalık (hipertansiyon, diyabet, verem, kalp, böbrek hastalıkları gibi) olması,
- Cinsel yolla bulaşan bir hastalığın olması,
- Gebeliğin ilk üç ayı içinde teratojenik ilaç alma,
- Gebenin sigara içmesi,
- Eşi ile akrabalık ilişkisi olması,
- Önceki gebeliklerinde,
 - Pre-eklampsi
 - Eklampsi
 - Habituel abortus
 - Prematüre doğum
 - Ölü doğum
 - Güç doğum
 - Sezeryan
 - Anomalili bebek
 - Perinatal ölüm
 - İri bebek
 - Plesantanın çıkışında zorluk
 - Doğum sonu fazla kanama hikayesi olması
- Şimdiki gebelik ya da doğum sırasında,
 - Pre-eklamsi
 - Eklampsi
 - Ağır anemi (Hb 5 gr. altında)
 - Aşırı şişmanlık
 - Aşırı kilo alma
 - Yetersiz kilo alma
 - Tetanos'a karşı aşılanmamış olma
 - İlk trimesterde kızamıkçık geçirme

- Çoğum gebelik
 - Polihidramnios
 - Kanama
 - Rh uygunsuzluğu
 - Baş-pelvis uygunsuzluğu
 - Prezantasyon bozukluğu (makad, yan vb.)
 - Erken doğum eylemi
 - Erken membran yırtılması
 - Uzamış gebelik (294 günden uzun)
 - Kordon sarkması
 - 1 inci ve 2 nci derece ağrı zaafı
 - Çocuk kalp seslerinin (ÇKS) dakikada 120'den az yada 160'dan çok olması
 - Plesenta retansiyonu
 - Tetanik kontraksiyon (Kasılma)
 - Doğum sonu kanama bulunması
 - Bebekte asfiksi (siyanoz, solukluk),
 - Bebekte anomali,
 - Doğduğu gün bebekte sarılığın ortaya çıkması,
 - Bebekte enfeksiyon belirtisi bulunması,
 - Göbekte enfeksiyon,
 - Bebekte emme yetersizliği,
 - Bebeğin ilk 24 saat içinde dışkılamaması,
 - Bebeğin emerken morarması,
 - Bebeğin ağırlığının 2500 gr'dan az olması,
 - Bebekte doğum travması (zedelenmesi) olması.
-

EK 6**FAKS ÖRNEĞİ**

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü				
Gönderenin	Fax No:		TARİH	
	Telefon No:		REFERANS	
			SAYFA ADEDİ	
Gönderilenin	Fax No:		ALINAN TARİH	
	Telefon No:		KAYIT NO	
Kimden			KİME	
Konu				
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>				
	İmza Faxı gönderen	Faxla Gönderilmesi Uygundur	İmza Onaylayan	
	Gizlilik dereceli husus ihtiva eden faxlara, bu sınıfa ait evraka ait prosedür uygulanır.			
	Eğer bu faxın bütün sayfalarını alamadı iseniz yukarıda belirtilen telefon numarasını arayınız			

EK 7 YAZIŞMA ÖRNEĞİ

GİZLİLİK DERECESİ (Damga İle)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

(2 aralık)

ACELE
... 09.1994 6 K.

12 K. SAYI :
(1 aralık)
KONU :
(2-4 aralık)

.....
(3 aralık)

12 K. İLGİLİ :

.....
(2 aralık)

19 K. Başbakanlığın 5 K. 12
K.

.....
(1 aralık)

.....
(2-4 aralık)

..... 6 K

Başbakan a.
.....

.....
(2 aralık)

12 K. EKLER:
EK-1

.....
(2 aralık)

DAĞITIM:

Gereği :

Bilgi :

GİZLİLİK DERECESİ (Damga ile)

EK 8

EVRAK KODLARI

0100 Kanunlar

- 0120 Kuruluş ve teşkilat kanunları
- 0130 Personel kanunları
- 0140 Mali kanunlar
- 0150 idari kanunlar
- 0160 Tıp meslekleri ile ilgili kanunlar

0200 Tüzükler

- 0210 Sağlık Bakanlığı
- 0240 Üniversiteler

0300 Yönetmelikler

- 0330 Kamu teşekkülleri (Bakanlıklar hariç)

0400 Yönergeler

- 0410 Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
- 0430 Diğer kamu teşekkülleri

0600 Kararlar

- 0610 Büyük Millet Meclisi kararları
- 0620 Bakanlar Kurulu kararları
- 0650 Koordinasyon Kurulu kararları
- 0660 Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kararları
- 0661 Hıfzıssıhha Meclisi kararları
- 0662 Protokol (Çeşitli)

0700 Plan ve programlar

- 0720 Yıllık programlar
- 0730 Teknik yardım projeleri
- 0740 Sefer planları
- 0741 Sağlık seferberliği planları
- 0742 Personel seferberliği planları
- 0743 Sivil savunma planları

0750 Gezi programları ve beyanları

- 0751 Başkanlık gezi programları ve beyanı
 - 0752 Sağlık ocağı gezi programı ve beyanı
-

0800 Milletlerarası mevzuat

- 0820 Dünya Sağlık Teşkilatı
- 0830 UNICEF
- 0870 İkili antlaşmalar
- 0880 Milletlerarası yardım dernekleri (CARE vb.)

1000 Personel

- 1002 İnsangücü araştırmaları
- 1004 Personel tedarik planları
- 1009 Çeşitli
- 1016 Periyodik personel mevcut raporları

1030 Görev

- 1031 Geçici görevler
- 1032 Nöbet
- 1035 Ek görevler

1040 İzin, hastalık ve tedavi

- 1041 Yıllık izin
- 1042 Mazeret izni
- 1043 Sağlık izni
- 1044 Diğer nedenler izni
- 1070 Disiplin ve Ceza
- 1071 Uyarma (İhtar)
- 1072 Kınama (Tevbih)
- 1073 Maaştan kesme

1080 Görevden Ayrılma

- 1081 Ayrılma (istifa)
- 1085 Ölüm
- 1086 Sanat uygulamayı önleme (İcra-I sanattan men)

1210 Sağlık personel nakil ve tayinleri

- 1211 Hekim – Eczası – Diş hekimi
 - 1216 Sağlık Eğitimsi
 - 1221 Sağlık Memuru
 - 1222 Hemşire
 - 1223 Ebe
 - 1224 Sağlık Teknisyeni
 - 1225 Hemşire Yardımcısı
-

1230 İdari ve Teknik Personel nakil ve tayinleri

- 1233 Büro personeli
- 1234 Teknisyen
- 1235 Hizmetli

1236 Şoför**1300 Sicil, Kıdem, Terfi ve Sigorta**

- 1311 Hekimler
- 1312 Dış Hekimleri
- 1316 Sağlık Eğitimcisi
- 1321 Sağlık Memuru
- 1322 Hemşire
- 1323 Ebe
- 1324 Sağlık Teknisyeni
- 1325 Hemşire Yardımcısı
- 1333 Büro Personeli
- 1334 Teknisyen
- 1335 Hizmetli
- 1336 Şoför
- 1350 Serbest Sağlık Mensupları

1400 Uzmanlık (İhtisas) İşlemleri

- 1411 Hekimler
- 1416 Sağlık Eğitimcisi
- 1421 Sağlık Memuru
- 1422 Hemşire
- 1423 Ebe
- 1424 Sağlık Teknisyeni
- 1425 Hemşire Yardımcısı
- 1433 Büro Personeli
- 1434 Teknisyen
- 1435 Hizmetli

1600 Personel moral ve refahı

- 1630 Kültür faaliyetleri
- 1640 Sosyal faaliyetler
- 1660 Kamp ve dinlenme
- 1690 Çeşitli

2000 Bütçe ve Maliye (Tahakkuk)

2100 Bütçe kanunları ve emirleri

- 2130 Başkanlık bütçe emirleri
- 2140 Maliye Bakanlığı bütçe emirleri
- 2150 S. ve S.Y.B. yıllık bütçe uygulaması ve emirleri (Mali mevzuat)
- 2200 Bütçe ödenek istekleri ve giderleri

2230 Tahakkuk ve Tediye

- 2231 Mucip ve satınalma konuları
- 2232 Mucip – Karar ve fatura suretleri
- 2233 Satınalma – taşıma ve onarım teklif ve tutanakları
- 2234 İnşa ve onarım keşifleri ile ilgili işlemler
- 2236 Avans mucipleri ve senetleri
- 2237 Avans mucipleri işlemleri
- 2240 Krediler
- 2241 D.M.O. Kredi işlemleri
- 2244 T.K.İ kredi işlemleri
- 2243 Diğer müesseseler kredi işlemleri
- 2245 Lojman kira işlemleri
- 2250 Maaş mutemetliği

2300 Döner Sermaye

- 2310 Gelir bütçesi
- 2311 Döner sermaye ödenekleri

2390 Sağlık Ocağı Döner Sermaye İşlemleri

- 2391 İstem ve verile kağıtları
- 2392 İlaç satışı (Reçete – Makbuz) ve dekont makbuzları
- 2393 Satış hissesi (%10 lar)
- 2394 Döner sermaye devir – teslim işlemleri
- 2395 Çeşitli

2500 Aktarmalar

- 2510 Genel bütçe aktarmaları
- 2520 Döner sermaye aktarmaları

2700 İhaleler

- 2710 Tedavi kurumları ihaleleri
- 2720 Döner sermaye ihaleleri

3000 Teşkilat ve Eğitim

- 3001 Kuruluş – Bir ocaktan diğerine devir teslim işi
 - 3006 Teşkilat, mevzuat teklif ve mütalaaları
 - 3020 Araştırmalar
-

-
- 3030 Yetki ve sorumluluklar
3090 Çeşitli

330 Kadro

3310 Personel kadroları

- 3390 Çeşitli

3500 Eğitim

- 3501 Bakanlık eğitim tamimleri
3502 Başkanlık eğitim tamimleri
3506 Eğitim, mevzuat teklif ve mütalaaları
3520 Araştırmalar
3530 Eğitim planları
3540 Programlar
3541 Başkanlık personeli aylık eğitim çalışmaları
3542 Sağlık ocakları aylık eğitim çalışmaları
3543 Eğitim çalışmaları toplam (icmal) çizelgesi
3560 Eğitim araçları
3561 Afiş ve broşürler
3562 Kitaplar
3563 Yayın (Neşriyat)
3564 Çeşitli

3600 Hizmet Öncesi Eğitim

- 3610 Tıp Fakülteleri
3620 Tıpla ilgili diğer fakülteler
3630 Tıp meslekleri ve sosyal hizmet yüksek okulları
3640 Sağlık Kolejleri
3650 Köy Ebe okulları

3700 Hizmet İçi Eğitim

- 3720 Kurslar
3730 Seminerler
3760 Eğitim konferansları
3800 Halk eğitimi
3820 Halk sağlığı eğitimi

3900 Çeşitli Eğitim İşleri

- 3910 Toplum kalkınması

4000 Donatım (Ayniyat)

- 4060 Devir ve teslim işleri
-

- 4070 Ayniyat işlemleri
- 4080 Parasız ilaçlarla ilgili işlemler
- 4090 Terkin işlemleri
- 4091 Çeşitli

4100 Malzeme İstekleri

- 4110 Tıbbi teçhizat
- 4120 İlaç ve ecza
- 4130 Mefruşat
- 4140 Motorlu araç
- 4160 Giyecek
- 4170 Akaryakıt ve yakacak
- 4190 Çeşitli (Kitaplar, Demirbaş)

4400 Bakım

- 4430 Motorlu araç bakımı (Onarım ve devir teslim işlemleri)
- 4431 Diğer araçların bakımı ve onarımı

4700 İnşaat ve Bina Onarımı

- 4710 Yeni inşaat
- 4730 Büyük onarım
- 4740 Küçük onarım
- 4780 Gayrimenkul işleri
- 4781 Kiralık binalar
- 4782 Satın alma

5000 Sağlık ve Sosyal Hizmet

5100 Hastalıklar

- 5110 Bulaşıcı salgın hastalıklar
- 5120 Paraziter hastalıklar ve zoonozlar
- 5130 Frengi ve zührevi hastalıklar
- 5140 Lepra
- 5150 Trahom
- 5160 Sıtma
- 5170 Verem

5200 Çevre Sağlığı

- 5201 Çevre sağlığı aylık çalışma cetveli
 - 5210 İçme ve kullanma suları (suların bakteriyolojik ve kimyasal tahlil işlemleri ve raporları dahil)
 - 5280 Helalar
 - 5290 Köy tanıma raporları
-

-
- 5291 Köy krokileri, haritalar
 - 5292 Bakanlıktan gelen tamimler
 - 5293 Başkanlıktan yazılan tamimler
 - 5294 Çevre sağlığı yönetmelik ve talimatları
 - 5295 Çevre sağlığı konusunda raporlar, teftiş ve muameleler

5500 Laboratuvar Hizmetleri

- 5530 Bakteriyoloji laboratuvarı
- 5540 Hayati kimya laboratuvarı (Su ve gıda dışında kalan bütün numunelerin kimyasal tahlil işlemleri ve raporları)
- 5800 Sosyal hizmetler ve yardım işleri

5850 Nüfus Planlaması Hizmetleri

- 5851 Başkanlık nüfus planlaması çalışmaları toplamı (icmali)
- 5852 Sağlık Ocağı Nüfus Planlaması Çalışmaları

6000 İstatistik ve Raporlar

- 6010 Form 09 – 10 lar
- 6011 Form 8 ler
- 6012 Form 7 ler
- 6013 Form 6 lar
- 6014 Form 5 ler
- 6016 Ocak aylık bulaşıcı hastalık cetveli
- 6017 Bulaşıcı hastalıklar aylık cetvelleri icmali
- 6018 Bulaşıcı hastalıklar bildirge ve sonuç fişleri (017)
- 6019 Aylık ocak diğer çalışmalar cetveli
- 6020 Form 09/A – 09/B

6050 Önemli Hastalıklar Cetveli

- 6051 Ocak aylık aşı tatbikatı cetveli
 - 6052 Aylık doğum cetveli
 - 6053 Aylık ölüm cetveli
 - 6054 Aylık frengi durum cetveli (form 16 lar)
 - 6055 Frengi – Lepra çalışma cetveli (Form 19, 6 aylık)
 - 6056 Trahom cetveli (Aylık)
 - 6057 Tüberküloz cetveli
 - 6058 Nüfusla ilgili işler
 - 6059 Aylık ve yıllık istatistikler
 - 6060 Anketler
 - 6061 İstatistiklerle ilgili yazışmalar
 - 6070 Çeşitli
 - 6071 Göçler
-

6100 Raporlar

- 6110 Adli raporlar
- 6120 Otopsi raporları
- 6130 Diğer raporlar
- 6140 Okunan film raporları

7000 Tamimler

- 7010 Genel Tamimler
- 7020 Muvakkat Tamimler
- 7030 Daimi Tamimler
- 7040 Gizli Emirler
- 7050 Valilik emirleri
- 7060 Çeşitli

8000 Ana – Çocuk Sağlığı

- 8010 Çeşitli kuruluşlardan yapılan yiyecek ve giyecek yardımı
- 8100 Bakanlıktan gelen tamimler
- 8200 Başkanlıktan gelen tamimler
- 8900 Çeşitli

9000 İdare

- 9100 Teftiş ve murakebe
- 9101 Teftiş usul ve metodları
- 9110 İdare teftişleri
- 9130 Malzeme teftişleri
- 9140 Tahkikat işleri
- 9190 Çeşitli

9600 Emniyet ve Temizlik İşleri

- 9610 Yangın
 - 9640 Nöbet ve Bekçilik
 - 9700 Sivil Savunma
-

EK 9**İTA AMİRLİĞİ GENELGESİ**

TC.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Araştırma, Planlama ve Koordinasyon
Kurulu Başkanlığı

Sayı : B.10.0.APK.0.06.00.00/Büt. D. Bşk. 306

Konu :

ANKARA
07 Şubat 1995

BAKANLIK MAKAMINA

Genel ve Katma Bütçeli kurum ve kuruluşlarca bütçe ödeneklerinin tasarruf ilkelerine uygun olarak, yerinde, zamanında ve mevzuata uygun şekilde kullanılmasının sağlanması, İta Amirleri'ne Kanun'la verilen gözetim ve denetim görevinin etkin bir şekilde yerine getirilmesi ve işlemlerin süratle sonuçlandırılması bakımından, Bakanların Merkezde hangi kademedeki görevlilere kadar Amir-i İta'lık yetkilerini devredebilecekleri ve merkez dışında kimlere ikinci derece Amir-i İta'lık verilebileceği 4 Ocak 1994 tarih ve 21808 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan (511) sayılı Muhasebat Genel Müdürlüğü Genel tebliği ile duyurulmuştur.

Gerek Genel Tebliğ'de belirtilen esaslar çerçevesinde uygulamanın tesbiti, gerekse 224 sayılı Sağlık Hizmetleri'nin Sosyalleştirilmesi hakkında Kanun Hükümleri'ne göre yürürlüğe giren 94/5626 sayılı Sağlık Hizmetleri'nin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmeliğin 6. maddesinin (h) fıkrasında, bu konuda yapılacak işlemler hükme bağlanmıştır.

Buna göre,

1) Personel kadroları ve ödenekler İl ve İlçe Saymanlık Teşkilatına gönderilir.

2) İl ve İlçelerde Tahakkuk Memurluğu görevinin kimlere verileceği Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlıklarınca belirlenir.

Öte yandan, Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü'nün 18.6.1994 tarih ve 17536 sayı ile 26.12.1994 tarih ve 48073 sayılı iki adet yazılarında da ödeneklerin İlçe Mal Müdürlüklerine gönderilmesi ve uygulamanın Mali Yıl başında başlatılmasının gerektiği bildirilmektedir.

Bu nedenle Makamlarınızca uygun görüldüğü takdirde, 1995 Mali Yılından başlamak üzere il ve ilçelere gönderilecek ödeme emirlerinin kullanılmasına ilişkin Tahakkuk Memurluğu ve Amir-i İtalık yetkisinin ek listede belirtilen şekilde ifası hususunu tensiplerinize arz ederim.

Uygun Görüşle arz ederim.

06.02.1995
Metin ULUSOY
Müsteşar Yrd.

Uygun Görüşle arz ederim.

06.02.1995
Dr. Aytun ÇIRAY
Müsteşar Vek.

OLUR

06.02.1995

Dr. Doğan BARAN
BAKAN

Genel Yönetim ve Destek Hizmetleri

1 - Destek Hizmetleri (101.02.1.001) : İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı'na bağlı Ana Donatım ve Bölge Müdürlüklerinden tahakkuk memurluğu görevi Depo ve Tamirhane Müdürü tarafından, Amir-i İtalik yetkisi ise Vali tarafından yürütülecektir. İl Sağlık Müdürlüğü bünyesindeki destek hizmetleri için tahakkuk memuru, bu hizmetlerin yürütülmesinden sorumlu İl Sağlık Müdür Yardımcısı, yoksa Şube Müdürü, Amiri İta ise Sağlık Müdürüdür.

2 - Eğitim Hizmetleri (101.03.1.001) :

- a. İllerde Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü'ne bağlı Sağlık Meslek Liselerinin tahakkuk memuru Okul Müdürü, Amir-i İta Sağlık Müdürü'dür.
- b. İlçelerde tahakkuk memuru Okul Müdürü, Amir-i İta ise Kaymakam'dır.
- c. Sağlık Eğitim Enstitülerinin tahakkuk memuru Enstitü Müdürü, Amir-i İta ise Vali'dir.

3 - Temel Sağlık Hizmetleri ve Sosyalleştirme (111.01.1.001) :

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı Sağlık Müdürlükleri, sağlık ocakları, halk sağlığı laboratuvarları, ruh sağlığı dispanserleri, teri ve tenasül hastalıkları dispanserleri, trahom hastalıkları dispanseri ve sağlık evleri için,

- a. İllerde tahakkuk memuru Sağlık Müdür Yardımcısı, Amir-i İta'lık Sağlık Müdürü tarafından yürütülecektir.
- b. İlçelerde merkez sağlık ocağı tabibi tahakkuk memuru, Kaymakam Amir-i İta'dır.

4 - Verem Savaş Hizmetleri (111.03.1.001) :

- a. İllerde Verem Savaş Dispanseri Başhekimi tahakkuk memuru, Sağlık Müdürü Amir-i İta'dır.
- b. İlçelerde Verem Savaş Dispanseri Başhekimi tahakkuk memuru, Kaymakam Amir-i İta'dır.

5 - Sıtma Savaş Hizmetleri (111.04. 001) :

-
- c. Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü tahakkuk memuru, Sağlık Müdürü Amir-i İta'dır.

6 - Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı (111.05.1.001) :

- a. İllerde ve büyük şehir belediyesi hudutları içinde kalan merkez ilçelerde Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi Baştabibi tahakkuk memuru, Sağlık Müdürü Amir-i İta'dır.
- b. İlçelerde Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi Baştabibi tahakkuk memuru, Kaymakam Amir-i İta'dır.

7 - Üretim, Araştırma, Teşhis ve Kontrol Hizmetleri (111.06.1.001) :

Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi'ne bağlı Bölge Müdürlüklerinde (döner sermaye hariç) tahakkuk memuru Hıfzıssıhha Bölge Müdürü, Amir-i İta Vali'dir.

8 - Tedavi Hizmetleri (113.01.001) :

Yataklı tedavi kurumlarında nüfusu 40.000'in üstünde olan il ve ilçelerde tahakkuk memuru Hastane Müdürü, Başhekim Amir-i İtadır.

Nüfusu 40.000'in altında olan ilçelerde Hastane Başhekimi tahakkuk memuru, Kaymakam Amir-i İtadır.

9 - 1995 mali yılı bütçe kanununda destek hizmetleri programında yer alan 101-02.1.080, 101.02.1.081, 101.02.1.082, 101.02.1.083, 101.02.084, 101.02.1.085 tertiplerinde yer alan 100, 300 ve 400 harcama kalemlerine ilişkin ödeneklerin kullanımı tüm birimlerle ortaklaşa yürütüleceğinden tahakkuk memurluğu ve Amir-i İtalık yetkisi yukarıdaki maddelerde belirtilen usul ve esaslar çerçevesinde yürütülecektir.

10 - 3418 sayılı yasa gereğince birimlere tahsil edilecek ödeneklerin kullanımı da aynı usul ve esaslar çerçevesinde yürütülecektir.

SAĞLIK HİZMETLERİ PLANLAMASININ TEMEL İLKE VE TEKNİKLERİ

Birinci Basamak Sağlık Personeli İçin

Prof. Dr. Zafer ÖZTEK

8. Basım

ANKARA – 2001

1. Basım : 500 Adet, Ankara - Nisan, 1995
2. Basım : 3000 Adet, Ankara - Haziran, 1995
3. Basım : 2000 Adet, Ankara - Ekim, 1995
4. Basım : 2500 Adet, Ankara - Şubat, 1996
5. Basım : 4000 Adet, Ankara - Temmuz, 1996
6. Basım : 6220 Adet, Ankara - Aralık, 1996
7. Basım : 2500 Adet, Ankara - Ocak, 1999
8. Basım : 4000 Adet, Ankara - Nisan, 2001

ISBN : 975 - 7572 – 72 - 1

Bu eğitim materyali, birinci basamak sağlık personelinin uyum eğitimlerinde kullanılmak üzere T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından bastırılmıştır. Her hakkı saklıdır. Kaynak gösterilerek kullanılabilir. Bu kitabın bir kısmının ya da tamamının çoğaltılması için Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nden izin istenebilir.

Basıldığı Yer :Barok Matbaacılık Tel : 417 80 76 Faks : 425 18 10 ANKARA

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Giriş	1
Bölüm 1	
Yönetimin Parçası Olarak Planlama	3
Yönetimin Kapsamı	3
İstek-İhtiyaç-Hizmet Dengesi	4
Karar Verme	8
Planlamanın Yararları ve Güçlükleri	10
Yönetim Kademelerine Göre Planlaması	12
Bölüm	15
Plan Türleri ve Nitelikleri	15
Plan Türleri	15
Sürelerine Göre	15
Kapsamlarına Göre	15
Güçlerine Göre	15
Amaçlarına Göre	15
Biçimlerine Göre	15
Aşamalarına Göre	16
Planlama Tekniklerine Göre	16
Kalkınma Planları	16
Blok ve Devrimli Planlar	18
Stratejik Planlar	19
Taktik Planlar	20
Proje ve Programlar	20
Bölüm 3	
Planlamanın Aşamaları	21
Planlama Süreci	21
Planlamanın Adımları	22
Bölüm 4	
Birinci Aşama – Planlamanın Planlaması	25
Planlama Ekibinin Oluşturulması	25
İş ve Zaman Çizelgesi	28
Planlamanın Bütçesi	29

Bölüm 5

İkinci Aşama – Durum Saptama	31
Durum Raporu	31
Veri Toplama	32
Verilerin Bilgiye Dönüşmesi	34
Öncelikli Sorunların Belirlenmesi	34
Raporun Sunumu	36

Bölüm 6

Üçüncü Aşama – Kaba (Ön) Planlama	39
Hedeflerin (Amaçların) Belirlenmesi	39
Çözüm Seçeneklerinin (Stratejilerin) Belirlenmesi	40
Kaba Planın Yazılması	48

Bölüm 7

Dördüncü Aşama – Ayrıntılı Planlama	51
Raporun Kapsamı	51
Raporun Yazarları	52
Yapılacak İşlerin Tanımı	52
Pert Yöntemi	53
İşlerin Organizasyonu	56
Destek Programları	57
Plan Dokümanı	57

Bölüm 8

Beşinci Aşama – Uygulamaları İzleme ve Yeniden Planlama	59
Uygulamayı Kısıtlayan Faktörler	59
İzleme ve Değerlendirme Kriterleri	61
Bilgi Akışı	62
Yeniden Planlama	63
Son Değerlendirme	64

Kaynaklar

65

Ekler

EK 1: Örnek 1	71
EK 2: Örnek 2	85

GİRİŞ

Yönetimin temel görevi, hizmet ettiği toplumun ihtiyaçlarını belirlemek ve bunları karşılamaktır. Bu ihtiyaçların tamamını karşılamak çoğu zaman mümkün değildir. Önemli olan bu ihtiyaçlar arasından öncelikli olanları seçip, eldeki kaynakları bu önceliklere göre kullanmak ve mümkün olan en yüksek hizmet verimliliğine ulaşmaya çalışmaktır.

Bu işlevini yerine getirirken yönetici bir dizi kararlar vermek zorundadır. Bunlar;

- İhtiyaçların belirlenmesi,
- Önceliklerin saptanması,
- Kaynakların sağlanması,
- İhtiyaçlara göre kaynakların paylaşılması,
- Yapılacak işlerin belirlenmesi, uygulanması ve hizmetlerin değerlendirilmesi ile ilgili kararlardır.

Sayılan bu işler planlamanın öğeleridir. Bir başka deyişle, planlama yönetimin bir parçasıdır ve en üstteki yöneticiden en alt kademedeki yöneticiye kadar bütün yöneticiler, yukarıda sayılan görevleri yaparken planlama yapmak durumundadır. Planlama, geleceği tahmin etmek ve bu varsayımlara göre gelecekteki işleri düzenlemek demektir.

Plan yapma düşüncesi akla geldiği anda planlama işlemi başlamış demektir. Bundan sonra yapılması gereken işlemler ve sırası planın türüne ve kapsamına göre değişebilir. Bilinmesi gereken planın statik değil dinamik bir niteliğe sahip olduğudur. Planlama, plan dokümanının yazılması ile tamamlanmaz. Planlanan işlerin uygulanması, elde edilen sonuçların değerlendirilmesi ve buna göre planın gözden geçirilip gereken yerlerinin düzeltilmesi de planlama sürecinin parçalarıdır.

Planlama genellikle beş adımda yapılır:

1. Planlamanın planlanması: Bu aşamada, planlamayı yapacak ekip oluşturulur, planlamanın yönetimine karar verilir, iş ve zaman çizelgesi hazırlanır ve planlama için gereken bütçe belirlenir. Planlama grubuna planla ilgili bütün tarafların ve özellikle planı uygulayacak olanların da dahil edilmeleri uygun olur.

2. Durum saptama: Bu aşamadaki çalışmaların amacı, mevcut durum hakkında bilgi edinmek, sorunları ve ağırlık derecelerini belirlemek önlem alınmadığı takdirde bu sorunların erişebileceği boyutla ilgili projeksiyonlar yapmaktır. Mevcut durumun bilinmesi, sorunların öncelik sıralamasının yapılmasına ve çözüm seçeneklerinin düşünülmesine de yardım eder.

3. Kaba planlama: Bu aşamada, bir önceki aşamada belirlenmiş olan öncelikli sorunların giderilmesi için uygun olabilecek çözüm önerileri (stratejiler) gözden geçirilir. Bunlar arasından politik çevreye, kaynaklara, sosyal örgüt yapısına en uygun olan ve en olumlu sonucu verebilecek, uygulanabilir stratejilere karar verilir.

4. Ayrıntılı planlama: Bir önceki aşamada uygulanabilecek stratejilere karar verildikten sonra, bu aşamada yapılması gereken şey yapılacak işlerin ayrıntılı olarak düşünülmesi, kimin, nerede, hangi işi, ne zaman ve nasıl yapacaklarına karar verilmesidir. Bu aşamada ayrıca bütçeleme, insangücü, fizik altyapı, araç-gereç ve yönetimle ilgili destek planları da hazırlanır.

5. Uygulamaları izleme ve yeniden planlama: Planlanan işlerin uygulamaları aşamasında gelişmeler hakkında sürekli bilgi toplanmalı ve önceden belirlenmiş olan hedeflere varılıp varılmadığı değerlendirilmelidir. Bu nedenle, planlamanın daha önceki aşamalarında, değerlendirme kriterlerinin neler olacağı belirlenmiş olmalıdır. Eğer planlanan işlerin uygulamalarında aksaklıklar görülürse, bunların giderilmesi için planda bazı değişiklikler yapılabilir.

Planlama aşamalarının birbirini izlemeleri koşul değildir. Aşamalar arasında geriye dönüşler ve yeniden değerlendirmeler olabilir.

Planlama çalışmalarında, karar vericilerle (Bakan, vali, müdür, politikacı v.b.) teknik personeli ayrı düşünmek gerekir. Planı teknik kadro hazırlar, fakat kararlar, karar verici tarafından verilir. O nedenle, planlamacı kadro, kendi konumlarını iyi değerlendirmeli ve yapacakları önerilerin karar vericilerce sonuçlandırılacağını unutmamalıdır.

Bölüm 1

YÖNETİMİN PARÇASI OLARAK PLANLAMA

Yönetimin kapsamı

Yönetim, uygulandığı alana ve kademeye göre farklı biçimlerde tanımlanmakla birlikte, bu tanımlar arasındaki ortak nokta, yönetim saptanan amaçlara varmak için işleri planlayıp uygulamak olduğudur.

Yönetsel işlevlerin neler olduğunu tanımlayan bir çok kurma ortaya atılmıştır. Bunlardan birisi olan POSDCoRB kuramına göre, yönetimin yedi işlevi vardır. Bazı İngilizce sözcüklerin baş harflerinden oluşan bu terimin Türkçe karşılıkları şöyledir:

- P Planlama (Planning)
- O Örgütlenme (Organising)
- S Personel kullanma (Staffing)
- D Yönlendirme (Directing)
- Co Eşgüdüm (Coordination)
- R Sonuçları değerlendirme (Reporting)
- B Bütçe yapma ve sarf etme (Budgeting)

Yönetimin işlevini bir başka biçimde açıklayan 5M kuramına göre, yönetim şu işlerden oluşur:

- M Para kullanımı (Money)
- M Personel kullanımı (Men)
- M Malzeme kullanımı (Materials)
- M Makine kullanımı (Machines)
- M Çekip-çevirme (Management)

Yukarıda belirtilen ve yönetimin işlevini açıklayan bütün diğer kuramların ortak yanları, yönetimin şimdiki durumu belirlemekle başlayıp, eldeki kaynakları göz önüne alarak gerçekçi amaçlar ve hedefler belirledikten sonra, verimlilik ilkesini de göz önüne alarak bu amaçlara varmak için çaba harcamak olduğudur.

İstek-İhtiyaç-Hizmet dengesi

Hangi alanda olursa olsun, yönetim toplum içindir. Yönetimin ve yöneticinin görevi, toplumun ihtiyacı olan şeyleri karşılamaktır.

O nedenle, yöneticinin başlıca becerisi, hizmet ettiği toplumun ihtiyaçlarını belirleyebilme ve bu ihtiyaçları giderebilmedir.

Toplumun ihtiyaçlarını belirlemek genellikle güç bir iştir. Toplum tarafından belirtilen isteklerin bazıları onların gerçek ihtiyaçları olmayabilir. Onların istekleri ile, hizmeti sunanların görüşleri her zaman benzeşmeyebilir. Toplumun arzu ettiği işlerin önceliği ile uzmanların ya da hizmeti verenlerin öncelikleri aynı olmayabilir. Toplumun ihtiyaçları, en gerçekçi biçimde saptanmış olsa da bunları karşılamak her zaman mümkün olmayabilir. İhtiyaçlar karşılanmış olsa bile, toplum kendi beklentilerine cevap vermeyen bu hizmetleri benimsemeyebilir. O hizmetlerden tatmin olmayabilir.

Önemli olan, toplumun istekleri, ihtiyaçları ve onlara götürülecek hizmetler arasında kabul edilebilir bir denge sağlayabilmektir.

Sağlık hizmetleri göz önüne alındığında, toplumun istekleri, gerçek ihtiyaçlarından daha fazladır. İhtiyaçların tamamı hizmetlerle karşılamak ise genellikle mümkün olamaz. O nedenle, bu üçlü arasında şöyle bir görünüm vardır:

İstek > İhtiyaç > Hizmet

Hizmetlerin sınırını belirleyen bir faktörde sunulan hizmetlerin halk tarafından kullanılmasıdır. Sunulan her hizmet halk tarafından kullanılmayabilir. Bazı hizmet türlerinin kullanım oranları yüksek olsa da, sunulan hizmetlerin tamamı dikkate alındığında “kullanım oranı” genellikle sunulan hizmet miktarından azdır. Bu durumda şöyle bir dengeden söz edilebilir:

İstek > İhtiyaç > Hizmet > Kullanım

Yönetim için ideal olan, halkın ihtiyaçlarının tamamını karşılayabilmek, sunulan hizmetlerin mümkünse tamamının halk tarafından kullanılmasını sağlamaktır. Ancak uygulamada, bu imkansız denilebilecek kadar güçtür. Çünkü, özellikle sağlık çok değişken ve dinamik bir kavramdır. Zaman içinde halkın sağlıkla ilgili beklentileri de ihtiyaçları da değişir. Bu değişiklik, fizik ve kültürel değişimlere bağlı olabileceği gibi, tıptaki gelişmelere de bağlıdır. Çağımızdaki toplumun beklentileri ve ihtiyaçları ile bundan otuz yıl öncesinin toplumsal beklentileri ve

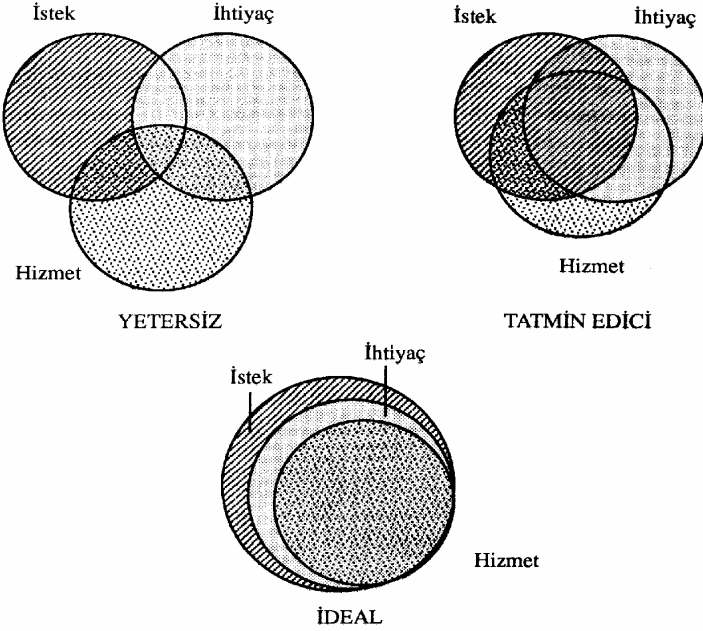
ihtiyaçları aynı değildir. Günümüzdeki tıp uygulamaları da çok farklılaşmıştır. O nedenle, bundan otuz yıl önceki uygulama ve hizmetlerle günümüzdeki hizmetlerin de farklı olması doğaldır. İlerideki hizmetler de bugünkünden farklı olacaktır. nemli olan, toplumun isteklerini, ihtiyaçlarını ve hizmete dönüştürülebilecek bilimsel ve teknolojik gelişmeleri yakından izleyebilmek ve hizmetleri bunlara göre yeniden biimlendirebilmektir.

Bu nedenle, değişen koşullara, isteklere ve ihtiyaçlara paralel olarak hizmetlerinde sürekli gözden geçirilmesi ve güncelleştirilmesi gerekir. Bu amaçla, bir çok ülkede de (ABD, Almanya, Hollanda gibi) bakanlık içinde ya da diğer kurumların bünyesinde “senaryo hazırlama birimleri” kurulmuştur. Bu birimlerin görevi, değişiklikleri izlemek ve bunlara uygun olarak yeni hizmet modelleri düşünüp önermektir. Senaryo birimleri, danışman niteliğindeki birimlerdir. Karar vericinin (bakan v.b.) emirlerini beklemeden, gelecekte olabilecek değişiklikleri dşnerek (senaryolar geliştirerek) ortaya çıkabilecek sorunları (hipotetik sorunları) ve gelişmeleri önceden tahmin etmeye ve bunlara uygun yeni planlar üretmeye çalışır. Daha sonra bu düşünceler ve planlar karar vericiye aktarılarak ileride karşılaşılabilecek ihtimaller hakkında bilgilendirilir ve gereken önlemlerin alınması böylece sağlanmış olur. Özetle, planlama işleri bir sistem içinde sürekli olarak yapılır.

Senaryo tekniği diğer planlama tekniklerine ve işlemlerine bir alternatif değildir. Onlarla birlikte kullanılabilen bir yardımcı yöntemdir. Senaryoların bir yararı da toplum tarafından tartışılabilmeleridir.

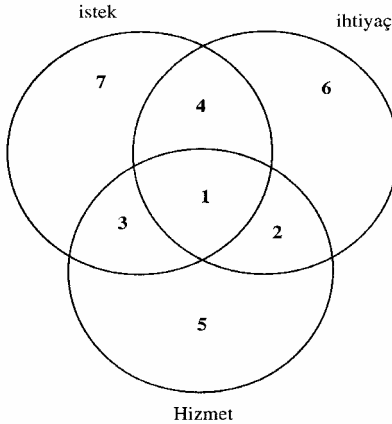
Yönetimin hedefi, verilen hizmetlerin mümkün olduğu kadar toplumun ihtiyaçlarını karşılayabilmesidir. Tanımlanan ihtiyaçlar toplumun beklentilerine ne kadar yakın olursa ve verilen hizmetler toplumun ihtiyaçlarının ne kadar çoğunu karşılayarsa toplum o kadar tatmin olur. Bu aynı zamanda, hizmetlerin topluma uygunluğunun da bir göstergesidir. (Bkz. Şekil 1.1)

Şekil 1.1. : İstek-İhtiyaç-Hizmet dengesi



Yukarıda açıklanan denge dikkate alındığında, hizmetlerin geliştirilmesi için yöneticinin yararlanabileceği bazı ipuçları verilmiştir. (Bkz. Şekil 1.2)

Şekil 1.2. : Hizmetlerin geliştirilmesinde öncelikler



Şekil 1.2’de (1) numara ile belirtilen alan, hem toplumun isteklerini, hem onun ihtiyaçlarını, hem de verilmekte olan hizmetleri temsil etmektedir. Bir diğer anlatımla, bu alanda ifade edilen işlerin yapılması en uygun olanlarıdır. Bu işler toplumun isteklerine cevap verdiği için onlarca benimsenir, ihtiyaçlarına cevap verdiği için de yararlı sonuçlar elde edilebilir. Toplum, hastaların muayene olmasını ister; Buna ihtiyaçları da vardır; Bu ihtiyaç hizmet olarak da karşılanmaktadır.

(2) numara ile belirtilen alanda ise, toplumun ihtiyacı olup karşılanan hizmetlerin alanını ifade etmektedir. Fakat, bu hizmetler toplumun beklediği işler değildir. Daha doğrusu, toplum bu hizmetlere ihtiyacı olduğunun farkında değildir. Burada yapılması gereken, bu hizmetlere devam etmek, aynı zamanda, toplumun bu hizmetleri benimsemesi için eğitim yapmaktır. Bu alandaki hizmetlere örnek olarak içme sularının klorlanması verilebilir. Klorlama bir ihtiyaçtır, fakat, toplumun bir kesimi klorlu suyun tadını beğenmediği için bu işlemi istememektedir.

Şekil 1.2’de (3) numara ile gösterilen alanda verilmekte olan hizmetler toplumun isteklerine cevap vermektedir. Fakat, bu hizmetler toplumun gerçek ihtiyaçlarına yönelik değildir. Toplum tatmin olmaktadır, ama, bu hizmetlerin toplumun sağlık düzeyini yükseltici bir amaç taşıdığı söylenemez. Bu durumda, kaynakların yersiz kullanımından söz edilebilir. Olsa olsa, toplumun tatmin olması bir yarar olarak kabul edilebilir. Eğer, bu hizmetleri almak toplum için vazgeçilemez ise, bu alandaki hizmetlerin verilmesine devam edilmesi düşünülebilir. Değilse, bu hizmetlerden vazgeçmek akılcı olacaktır. Ancak, bu yapılırken toplum eğitilerek inandırılmalıdır. Bu tür hizmetlere örnek olarak, gerekmediği halde, hastanın aşırı isteği üzerine yapılan hasta sevkleri ya da nüfusu çok az olan yörelere sağlık ocakları açmak, personel sayısını sırf toplum istediği için arttırmak gösterilebilir.

Şekil 1.2’de (4) numara ile gösterilen alan toplumun gerçek ihtiyacı olan, aynı zamanda onlar tarafından verilmesi istenildiği halde verilmeyen hizmetleri tanımlamaktadır. Bu hizmetlerin verilmeyişi bir eksikliklerdir. Hizmetlerin geliştirilmesi için birinci derecedeki öncelikli işler bunlar olmalıdır. Üstelik, bunların toplum tarafından benimsenmesi ve yüksek oranlarda kullanıma olasılığı da yüksektir. Bu alanda kalan işler, yönetimin en fazla eleştiriye uğradığı ve bin an önce gerçekleştirilmesi için baskı yapılan işlerdir. Bu konuda bir çok örnek verilebilir. Ülkemiz için, ödeme gücü olmayan toplum kesimlerinin sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamaları en çarpıcı olanıdır. Muayene için beklenen sürelerin kısaltılması, her köye bir ebe atanması, evde hasta bakım hizmetlerinin verilmesi gibi örnekler de verilebilir.

Şekil 1.2’de (5) numara ile gösterilen alanda verilen hizmetler gereksiz yere

kaynak israfının örneğidir. Bu alandaki işler, ne toplum tarafından istenilmektedir, ne de onların ihtiyaçlarına cevap vermektedir. Muhtemelen, bu hizmetler geçmiş dönemlerde gerekli olan, fakat zaman içinde gereği kalmayan işlerdir, ya da yanlış verilmiş kararların sonuçlarıdır. Bu hizmetlerden bir an önce vazgeçmek en akılcı yoldur. Örneğin gereksiz bürokratik işlemler ne bir ihtiyaçtır ne de halk tarafından istenilmektedir.

(6) numara ile gösterilen alan ise, toplumun ihtiyacı olduğu halde karşılanamayan işleri göstermektedir. Bu alanda kalan hizmetlerin verilmeyişi, toplum tarafından fark edilmemektedir, çünkü toplum bu hizmetlere ihtiyacı olduğunun da farkında değildir. Eğer, yöneticiler de bu hizmetlerin gerekliliğinin farkında değillerse, bu işler hiçbir zaman yapılmayacak demektir. Bu alandaki hizmetleri düşünebilmek ve önerebilmek uzmanlık ister. İşte, yönetim kadrolarında görev alan teknik kadroların ve aydınların üzerine düşen önemli görevlerden biri de bu hizmetlere dikkatleri çekmek ve verilmelerini sağlayabilmektir.

Şekil 1.2’de (7) numara ile gösterilen alan ise, toplum tarafından istenilen, fakat gerçekte ihtiyacı olmayan işleri kapsamaktadır. Aslında bu alandaki hizmetler vermediği için bir sorun yok gibi görülmektedir. Ancak, bunlar politik baskılara son derece uygun isteklerdir. Yalnızca toplumu tatmin etmek isteyen ya da bu yolla politik çıkar uman çevreler, bu işlerin gerçekleştirilmesi için baskı yapabilirler. İyi yöneticilerin, bu baskılar karşısında mantıklı bir direniş göstermeleri gerekir. Aksi durumda Şekil 1.2’de (3) numara ile gösterilen alanda kalan ve kaynaklarını israfa neden olan işler artar.

Karar verme

Yönetim, örgütün yalnızca üst kademelerinde yapılan bir iş değildir. Bir ekip hizmetinin söz konusu olduğu her yerde yönetim, yönetimin olduğu her yerde ise bir yönetici var demektir. Ekip, iki kişiden bile oluşsa, sorumluluğun birisinde olması bir yönetim kuralıdır. Aksi halde, çalışanların eşgüdümü sağlanamaz, işler aynı hedefe varmak için yönlendirilemez. Yöneticinin temel işi karar verme, yani, değişik seçenekler arasından en uygununu seçebilmedir. O nedenle bazı bilimadamları yönetimi “karar verme birimi” olarak da tanımlarlar.

Yöneticiler karar verme açısından beş tipe ayrılırlar:

1. Savunmacı tipler (Defensive type): Bu tipteki yöneticiler karar vermekten kaçınırlar. Kendilerine güvenleri yoktur. Başkalarının daha verinde karar verebileceğine inanırlar. Bu sorumluluğu diğer kişilere devretme eğilimi gösterirler.

2. Aktarmacı tipler (Explosive type): Bunlar da, kendileri dışındaki kişilerin

daha doğru kararlar verebileceklerine inanırlar. Fakat, karar verme konusunda o kişilere yetki vermek ve bu işin şerefini onlara bırakmak yerine, onların fikirlerini alarak kendi fikirleri imiş gibi açıklarlar.

3. İstifçi tipler (Hoarding type): Bu tip yöneticiler her kararın en iyisini kendilerinin verebileceğine inanırlar ve bütün kararları kimseye danışmadan kendi kendilerine alırlar.

4. Pazarlamacı tipler (Marketing type): Başkaları tarafından, özellikle patronlarınca onaylanmaktan ve onları memnun etmekten hoşlanırlar.

5. Üretken tipler (Productive type): Karar verme yönünden ideal tipteki yöneticilerdir. Olgun tiplerdir. Kendilerinin düşünceleri ile diğer kişilerin düşünceleri arasında iyi bir denge sağlarlar. Diğer kişilerin görüşlerine başvururlar. Onların görüşlerini de dikkate alarak kararlarını verirler. Fakat, bu kişileri de onurlandırır ve onları yeni fikirler üretme konusunda cesaretlendirirler.

Özellikle kendi kendilerine karar veren yöneticilerin bir kısmı duygusal olarak karar verirler. Burada yönetici, seçenekler üzerinde yeterince düşünmeden, içten geldiği gibi, sezgilerine ya da etkisi altında kaldığı kişi ve olaylara göre duygusal olarak karar verir. Böyle verilmiş olan kararların başarıya ulaşması rastlantısalıdır.

Karar vermede daha geçerli olan yol, verilere dayanılarak karar vermektir. Burada yönetici, karar vermeden önce, durumla ilgili bilgi edinir, sorunu tanımlar, ilgili olan bütün kişi ve tarafların görüşlerini de dikkate alarak çözüm yolları arasından uygulanabilirliği en yüksek olanı seçer; Bu kararın gerçekleştirilmesi için gerekli olan bütün koşulları belirler ve sağlar; Kararını uygular; Sonuçları gözler ve değerlendirir; Gerekirse, kararında değişiklikler yapar. İsbetli karar alma bir yetenek olduğu kadar yönetim bilgisi de gerektiren bir iştir.

Alınması gereken kararın önemi arttıkça ve uygulama alanı genişledikçe, kararın alınmasına katkıda bulunanların da sayısı artar. Bir başka deyişle yönetici doğru karar verebilmek için, bir çok kişinin yardımına gerek duyar. Örgütün alt kademelerinde bireysel olarak yönetici tarafından verilen kararlar, örgüt kademelerinde yükseldikçe giderek daha fazla kişinin katıldığı bir ekip işi olarak karşımıza çıkar. Ekip üyelerinin bir kısmı verileri derlemek, bir kısmı bunları bilgiye dönüştürmek, bir kısmı çözüm seçenekleri üretmek, bir kısmı da bu seçenekleri denemek gibi işler yüklenir. Aslında, alınacak kararların gerçekçi ve uygulanabilir olabilmesi için, o kararları uygulayacak olanlarla o kararların sonuçlarından etkilenecek olanların, yani halkında görüşlerinin dikkate alınması gerekir. Bu açıdan bakıldığında, karar verme işinin, ne kadar geniş bir katılım gerektirdiği daha iyi anlaşılacaktır.

Karar verme işi, bir dizi mekanik işlemle yapılamaz. Bu iş, bilgileri doğru algıma, özümleme, yorumlama, akılda tutma, hatırlama gibi zihinsel faaliyetleri gerektirir. Karar verme aynı zamanda yaratıcılık yeteneği ve örgütlü çalışabilme becerisi ve bilgisi de gerektirir. Yani, karar verme, hem bir bilgi hem de yetenek gerektiren karmaşık bir iştir.

Karar verme işlemi genellikle beş aşamada gerçekleştirilir:

1. Algılama aşaması (Saturation): Bu aşamada kişi (yönetici) sorun hakkında ve bu sorunla ilgili konularda bilgi edinir. Onun bir sorun olduğuna kanaat getirir.

2. Hazırlanma aşaması (Preparation, Deliberation): Sorunla ilgili çözüm yollarını düşünmeye başlar.

3. Kuluçka aşaması (Incubation): Sorunu unuttuğu ve yoğun olarak ilgilenmediği bir dönemdir. Ancak, belirsiz zamanlarda, dinlenirken ya da başka şeylerle ilgilenmekte iken, zaman zaman sorun aklına gelir ve kısa sürelerle sorunu hatırlayıp çözümleri aklında tutar.

4. Aydınlanma aşaması (Illumination): Çözüm yollarından birisi üzerinde yoğunlaşır ve bu yolun tercih edilmesi gerektiğine inanmaya başlar.

5. Sonuçlandırma aşaması (Accommodation): Çözüm yoluna karar verir ve bu yolla ilgili ayrıntıları olgunlaştırır.

Karar vermek için en az iki seçeneğin bulunması gerekir. Tek seçenek varsa, karar vermeye de gerek yok demektir.

Verilen kararların sonuçları daima belirsizdir. Yönetici verdiği kararın sonucundan hiçbir zaman emin olamaz. Eğer kararlar kesinlikler üzerine kuruluyor olsaydı; yöneticilere (karar vericilere) gerek olmazdı.

Karar verme, planlama işleminin de en belirgin ögesidir. Dolayısıyla, karar veren yönetici, diğer bir anlatımla, planlama yapmaktadır.

Planlamanın yararları ve güçlükleri

Planlama, bugünkü bilgiler ışığında gelecekte yapılması gerekli işler için karar vermektir. Planlamanın yararlarının bazıları şunlardır.

- *Hedefe (amaca) varma süresini kısaltır,
 - *Çalışanlar arasında uyumu ve standardizasyonu sağlar,
 - *Hizmetteki belirsizlikleri ortadan kaldırır,
-

-
- * Çalışanların zaman israfını önler,
 - * Kimin ne yapacağı kesinlik kazanır,
 - * Denetimlere yön verir,
 - * Kaynakların verimli kullanımını sağlar,
 - * Gereksiz işlerin yapılması engellenir,
 - * Hizmetlerin kalitesinin artmasına neden olur,
 - * Gereksiz ikilemleri (dublikasyon) önler,
 - * Hizmetlerin daha adil dağılımı sağlanabilir,
 - * Yetki devrini kolaylaştırır,
 - * Çalışmaları önemli ölçüde basitleştirir,
 - * Geleceği tahmin etme imkanı verir,
 - * Keyfi yönetimleri engeller,
 - * Çalışanların doyumunu sağlar,
 - * Ne yapacağını bilen personel, daha başarılı olur,
 - * Hizmetin gelişmesini hızlandırır,
 - * Toplumun sağlık düzeyinin gelişmesini hızlandırır.

Planlamanın yararlarının yanında bazı güçlükleri hatta sakıncalı sayılabilecek yönleri de vardır. Bu sakınca ve güçlükler bilinmeden uygun bir planlama yapılamaz. Plan yapanlar, bu durumları dikkate alarak, gerekli önlemleri düşünmelidirler:

1. Planlamada çok önemli bir husus, plan yapılmasına karar veren otoritenin (hükümet, müdürlük, başhekimlik v.b.) kararlılığıdır. Eğer kararlı davranılmazsa, planın hazırlanması, daha sonra da uygulanması mümkün olamaz. Tereddütlü davranışlar, sürekli değişen tutumlar planlama açısından önemli olumsuzluklardır.
 2. Planlamanın ilk adımlarından biri, var olan verileri derlemek ve değerlendirmektir. Bu verilerin toplanmasındaki güçlükler bir yana, doğrulukluları da kuşkulu olabilir. Ancak planları bu bilgilere dayalı olarak yapmaktan başka yol yoktur. Eldeki bilgiler doğru değilse, planlarında gerçekçi olmaları beklenemez.
 3. Planlama değişim için yapılıır. Gelecekteki yeni durumlar planlanır. Oysa toplum içinde ve her örgütte değişime karşı olanlar vardır. Bu kişiler, planlama işleminin karşısındaki en önemli engeldir.
 4. Sağlık hizmetlerinin planlanmasındaki bir güçlük, hükümetlerin ve politikaları belirleyen kişilerin, sağlık hizmetlerinin gelişmesine öncelik vermemeleridir. Böyle olunca, yeterli kaynaklar bulunamaz ve yapılması planlanan işlerin bir kısmından vazgeçilmesi gerekir.
-

5. Planlar, onları yapanlar tarafından uygulandıklarında daha başarılı olurlar. Çünkü, planı yapanlar onu uygulamada kararlı davranırlar. Hükümetlerin ya da sorumluların sık sık değişmesi yönetimde ve planın uygulanışında istikrarsızlık yaratır. Planın da sık sık değişmesine ve uygulamada zig zaglar çizilmesine yol açar.

6. Planlamada esas alınacak noktalardan biri de toplumun ihtiyaçlarının doğru olarak belirlenmesidir. Bunu yapmak, çoğu zaman kolay olmaz.

7. Planın yapılması ile uygulanması arasında uzunca bir süre geçerse, koşullar da değişmiş olabileceğinden, planın geçerliliği kaybolur, başarı şansı azalır.

8. Uzun vadeli planlarda, toplum koşullarının değişmesi ve teknolojik gelişmeler nedeni ile planın bazı bölümlerini uygulama imkanı ortadan kalkar.

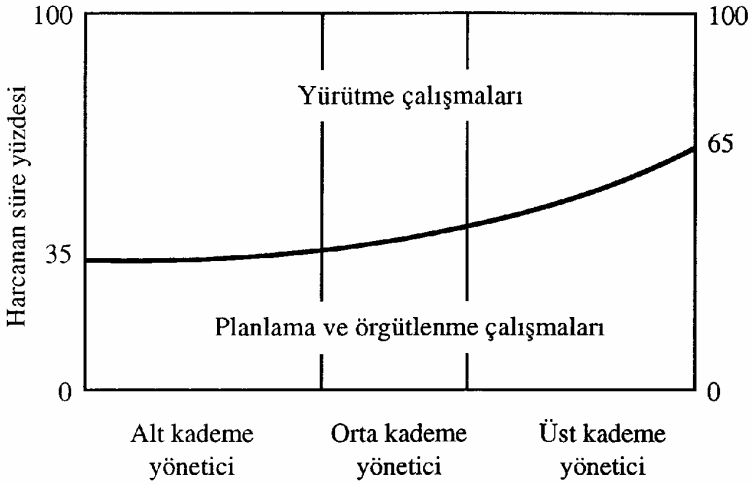
9. Planlar yöneticilerin karar verme yetkilerini katı bir biçimde sınırlandırır, uygulamalarda güçlükler neden olabilir.

Yönetim kademelerine göre planlama

Planlama denilince bazı kişilerin aklına ülke düzeyinde yapılan planlar, geniş kitleleri ilgilendiren kararlar gelebilir. Oysa, bir ebenin ya da ocak hekiminin haftalık gezilerini planlaması ile, büyük projeleri planlamak arasında temel de bir fark yoktur. Bir görev yapan herkes, planlama da yapmak zorundadır. Planların mutlaka yazılı olması da gerekmez. Çalışan kişi, aklıdan geçirerek de planlama yapabilir. Planlama, her düzeydeki yöneticinin yapması gereken bir iştir. Ancak yönetim kademelerine göre, yöneticilerin planlama ile ilgili işlevlerinin ağırlığı farklılık gösterir. (Bkz. Şekil 1.3 ve 1.4)

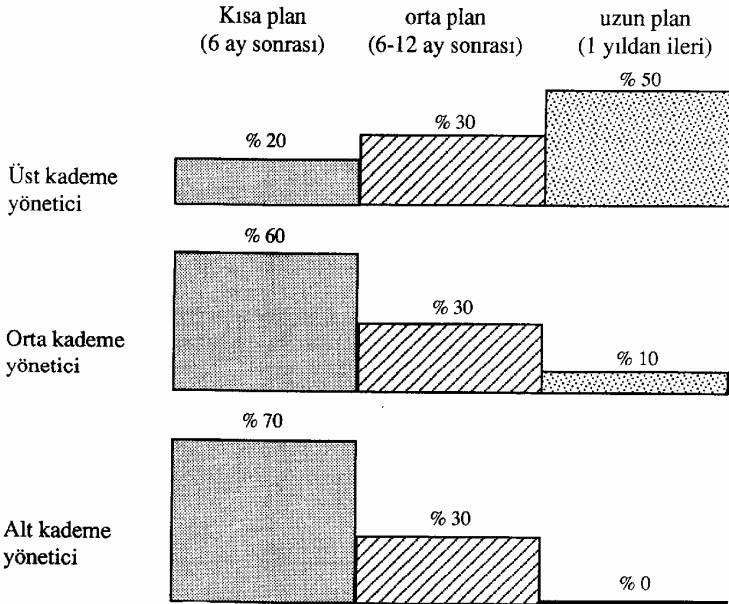
Üst düzey yöneticiler, daha çok örgütün uzun vadeli hedeflerini düşünmek ve planlamak durumundadırlar. Sözelimi, gelecekteki beş yıl içinde hangi hizmetlerin verilmesi gerektiği, bu hizmetlerin nasıl olmasının iyi olacağı, bu işler için hangi kaynaklara gerek duyulacağı ve bunların nerelerden sağlanacağı gibi konuları düşünmek ve planlamak üst düzey yönetimlerin işidir. Bu kademedeki kararlar, örgütün yapılandırılması ve hizmetlerin şekillendirilmesi ile ilgili kararlardır. Alınan kararlar uygulayıcılara iletilir ve uygulanır. Bir yönetici ne kadar üst düzeyde olursa olsun, bazı günlük işlerle de ilgilenmek durumundadır. Yönetimin alt kademelerine inildikçe, yöneticiler günlük işlerle daha fazla ilgilenmek durumunda kalırlar.

Şekil 1.3. : Sağlık yöneticilerinin planlama ağırlıkları



Kaynak: Hodgetts ve Cascio, Modern Health Care Administration

Şekil 1.4. : yönetim kademlerine göre planlama işlerine ayrılan süre



Kaynak: Hodgetts ve Cascio, Modern Health Care Administration

Üst düzey yöneticilerin uzun vadeli planlar yapmasına karşılık, ara kademedeki yöneticiler (il sağlık müdürleri gibi) orta vadeli, alt kademedeki yöneticiler ise (sağlık ocağı hekimi gibi) kısa vadeli planlar yaparlar. Ara ve alt kademelerdeki yöneticiler, daha çok üst kademelerce yapılmış planların ve alınmış kararların uygulanmaları, koordinasyonu ve kontrolleri ile meşgul olurlar.

Bilinmesi gereken, her kademedeki yöneticinin, uzak ya da yakın vadeli olsun, plan yapmaları gerektiğidir. Üst düzeyde yapılan planlar daha çok stratejik planlardır. Alt kademelerde ise daha çok uygulama programları (operational plans) yapılır. Tablo 1.1'de yönetim kademelerine göre planlama işlevleri ve türleri gösterilmiştir.

Tablo 1.1. : Yönetim kademelerine göre planlama işlevleri

Yönetim kademesi	Kararın ve planın ve türü
Üst düzey	Stratejik planlama. Örgüt içi ve dışındaki durum değerlendirilir. Uzun vadeli kararlar verilir.
Orta düzey	Birimler adına koordinasyon yapılır. Stratejik plan ile uygulama programları arasındaki uyum sağlanmaya çalışılır.
Alt düzey	Kısa vadeli kararlar alınır. Ayrıntılı uygulama programları hazırlanır ve uygulanır.

Kaynak: Hodgetts ve Cascio, Modern Health Care Administration

Bölüm 2

PLAN TÜRLERİ ve NİTELİKLERİ

Plan türleri

Planlar; amaçları, kapsamaları, süreleri, uygulanış biçimleri gibi özelliklerine göre değişik adlarla bilinirler.

Sürelerine göre planlar, kısa, orta, uzun vadeli olabilirler. Kısa vadeli olanlar, yıllık, aylık, haftalık hatta günlük olabilir. Orta vadeli planlar genellikle 1-5 yıllık dönemler için yapılır. Beş yıldan daha uzun dönemleri kapsayanlara ise uzun vadeli planlar denir. Bu terimler görecelidir. Bir kurum için orta vade olarak kabul edilen bir süre bir başka kurum için uzun sayılabilir. Çok uzun vadeli (15 yıl gibi) planlara genellikle “master plan” (perspective plans) denilir. Bu planlar, bir ülkenin sektörün ya da kurumun temel ilkelerini ve yaklaşımlarını açıklayan dokümanlardır.

Kapsamlarına göre planlar, özel ya da genel (comprehensive) olarak sınıflandırılırlar. Genel planlar, bir kurumun ya da sektörün bütün birimlerini kapsayan planlardır. Bir ya da birkaç birimin işlerini konu alan planlara “özel planlar” denir.

Güçlerine göre planlar, bağlayıcı ya da ihtiyari olabilirler. Bağlayıcı planlara (command plans) uyulması zorunludur. Bunlar emredici planlardır. İhtiyari olanlar ise isteğe bağlı olarak uygulanır. Zorlamadan çok gönüllülük esasına göre uygulanmaları arzu edilen planlardır. İhtiyari planlara örnek olarak, iki kuruluş ya da hizmet birimi arasındaki uyumu sağlamak amacıyla bu kuruluşların birlikte yaptıkları “işbirliği planları” (corporate plans) verilebilir.

Amaçlarına göre planlar, değişik adlar alabilirler. Ekonomik planlar, kalkınma planları, sağlık planları, insangücü planları, fiziksel yatırım planları gibi planlar buna örnektir.

Biçimlerine göre planlar, yazılı ya da sözlü olabilirler. Sözlü planlar genellikle, bireysel ya da az sayıda kişinin uygulayacakları kadar küçük ve kısa vadeli planlar ya da iş programlarıdır.

Aşamalarına göre, planlar stratejik planlar (ana planlar), eylem planları (operational plans), iş programları (work plans) gibi adlar alırlar. Bunlar merkezden taşraya doğru, ardışık olarak ve birbirlerini açıklayacak şekilde yapılan ve giderek ayrıntılı biçime dönüşen planlardır. Sözgelimi, merkezde yapılan bir planın illerde uygulama planları, ilçelerde ve sağlık ocaklarında iş programları yapılıır. En ayrıntılı olanı iş programlarıdır. Burada, kimin, ne zaman, nerede, neyi, nasıl yapacağı bütün ayrıntısıyla yer alır.

Planlama tekniklerine göre planlar, blok yada devinimli olabilirler. Blok planlar, belli bir süreyi kapsayan az çok katı planlardır. Ülkemizde yapılmakta olan beşer yıllık kalkınma planları buna örnektir. Devinimli planlar (rolling plans) ise, dönemler halinde değerlendirilip sürekli olarak güncelleştirilen planlardır.

Ülkemiz ve sağlık hizmetleri dikkate alınarak yukarıda belirtilen plan türlerinden bazılarını açıklamakta yarar vardır.

Kalkınma planları

Bir çok ülkede, özellikle gelişmekte olan ve merkezden yönetim ilkesini ağırlıklı uygulandığı ülkelerde kalkınma planları yapılmaktadır. 1970’li yıllara kadar bir çok ülkede, kalkınma planları ekonomik planlar ile büyük ölçüde eş anlamlı olarak kullanılırdı. Bu tarihten sonra, kalkınma planlarına sosyal kalkınma ile ilgili bölümler de eklenmeye başlanmıştır. Türkiye’de ise, başından beri, sosyal ve ekonomik kalkınma yaklaşımı bir arada ele alınmıştır. Sosyal kalkınma bölümü içinde sağlık sektörü ile ilgili planlamalar da bulunur.

Türkiye’de planlı kalkınma dönemi 1961 yılında Devlet Planlama Teşkilatının (DPT) kurulması ile başlamıştır. DPT’nin yasalarla kendisine verilmiş olan görevi, hükümetler tarafından belirlenen ilkeler doğrultusunda beşer yıllık kalkınma planlarını hazırlamak, hükümetin ve parlamentonun onayından sonra, planın uygulanışına nezaret etmektir.

DPT, planın ana ilkelerini belirlemez. Bunlar siyasal iktidar tarafından belirlenerek kendisine verilir. DPT, plan taslağının hazırlanması ile görevlidir. Bunu yaparken danışmanlar kullanır. Mevzuata göre, DPT her sektörle ilgili “özel ihtisas komisyonları” oluşturur. Bu komisyonlardan birisi de “sağlık özel ihtisas komisyonu”dur. Ülkede, kendi alanında ün yapmış uzmanları bir araya toplayarak, onlardan daha önce hazırlanmış bir rehber doğrultusunda rapor hazırlamalarını ister. Komisyon, üyeleri arasından bir başkan ve sekreterler seçerek çalışmalarına başlar. İsterse, kendi içinde alt gruplara ayrılarak çalışmalarını sürdürür.

Özel ihtisas komisyonları, kendi konuları ile ilgili olarak saptadığı sorunları, durum değerlendirmesini, çözüm alternatiflerini ve bunlar arasından önerdiği çözüm yollarını içeren raporu DPT'ye teslim eder. Komisyonun çalışmaları, her beş yıllık planından makul bir süre önce (bir yıl gibi) başlar ve birkaç aylık süre içinde tamamlanması beklenir.

DPT, komisyonlarca hazırlanmış olan raporlar hükümet tarafından kendilerine verilmiş olan ilkeler doğrultusunda bir kalkınma planı taslağı hazırlar. Bu taslak, Yüksek Planlama Kuruluna sunulur. Bu kurul, Bakanlar Kuruluna yardımcı olmak amacıyla bazı bakanlar ve plancı teknisyenlerden kurulmuştur. Kurul, plan taslağını görüşür, gerekli düzeltmelerin yapılmasını DPT'den isteyebilir. Daha sonra Bakanlar Kurulu tarafından da incelenerek kabul edilen plan Büyük Millet Meclisine gönderilerek yasalaşması sağlanır.

Yasalaştıktan sonra, bu planlara uymak kamu kesimi için bağlayıcıdır. Özel kesim için, bazı hükümleri zorunlu olmakla birlikte, genel anlamda ihtiyaridir. Kamu kesimindeki bütün yatırımların ve yeni uygulamaların kalkınma planına uymaları gerekir. O nedenle, kamu kurumları söz konusu işler için DPT'nin onayını almak zorundadırlar. Bakanlıklar ve bazı kamu kurumlarındaki "Araştırma - Planlama ve Koordinasyon Kurulları" (APK)'nın başlıca görevlerinden birisi de, kendi kurumları ile DPT arasındaki bu ilişkiyi yürütmektir.

Kalkınma planları bazı ilkeleri ve stratejileri belirleyen ana dokümanlardır. Planda yer alan işlerin nasıl ve ne zaman yapacakları, DPT tarafından hazırlanan "yıllık icra programları" ile belirlenir.

Ülkemizde hazırlanan kalkınma planları beşer yıllık dönemleri kapsayan "blok planlar"dır. Planın temel ilkeleri ve stratejileri, hazırlık dönemindeki siyasal iktidarlar tarafından hazırlanır ve yine plan taslakları iktidarlar tarafından kabul edilir. Dolayısı ile ülkemizdeki kalkınma planları hazırlandıkları dönemdeki iktidarların yaklaşımlarını yansıtır. Kalkınma planları hakkında yapılan en önemli eleştiri budur. Bu eleştiriyi yapanlar, planı hazırlayan iktidarların uygulama dönemlerinde iktidarda kalamadıkları için planın daha sonraki iktidarlar tarafından ya değiştirildiğini ya da hiç uygulanmadığı için anlamlarını yitirdiğini savunurlar.

Kalkınma planlarına yapılan diğer bir eleştiri de plan uygulamalarının yeterince izlenmediği, ara sonuçlarının değerlendirilmediği ve gerekli düzeltmelerin yapılmadığı yönündedir. Gerçekten de ülkemizde birinci beş yıllık kalkınma planının uygulamaya konulduğu 1963 yılından bu yana, hiçbir plan, orijinal dokümanda yazıldığı biçimi ile uygulanamamıştır. Uzmanlar, blok plan yerine devinimli planlamanın (rolling plan) daha uygun bir planlama yöntemi olacağı görüşündedirler.

Sağlık bakanlığı ile ilgili yatırımların da kalkınma planları ile uyum içinde olması gerekir. O nedenle, merkez ve taşrada yapılması düşünülen ve kamu finansmanı ile yapılacak bütün yatırımların DPT'nin onayına sunulması gereklidir. Taşra teşkilatı (iller) bu onayı bakanlık aracılı ile alırlar.

Blok ve Devnimli planlar

Kalkınma planları açıklanırken de belirtildiği gibi, blok planlar (fixedterm plans) beş yıl ya da daha uzun dönemleri kapsayan uzun dönemli planlardır.

Bu tür planların en önemli özellikleri, uzun sürem yatırımların planlamasına uygun olmalarıdır. Sözgelimi bir hastanenin yapımı kısa dönemli planların süresine sığamayacağı için, blok planlarda yer alması daha uygun olur.

Öte yandan blok planlarla ilgili çok önemli eleştiriler yapılmaktadır. Her şeyden önce, bu planların hazırlıkları, uygulama döneminin başlamasından bir yada iki yıl önce başlamak zorundadır. Dolayısıyla, planla ilgili ilkeler planın uygulamaya başlamasından oldukça önceki bir dönemde belirlenecek demektir. Ayrıca planın da en az 5 yıl gibi uzunca bir süreyi kapsayacağı dikkate alınırsa, bu ilkeler, planın bittiği dönemden 6-7 yıl önce belirlenmiş olacak demektir. Günümüzün hızlı değişen toplumsal ve ekonomik koşulları göz önüne alındığında bunun uzun bir süre olduğu söylenebilir. Bir başka deyişle, blok planlar, uygulama dönemlerinin sonuna gelmeden güncelliklerini yitirmektedirler. Bu tür planlar genellikle esnek olmadıklarından , değişen koşullara uyarlanmaları da zor olmaktadır.

Bu sakıncaları giderebilmenin bir yolu devnimli plan (rolling plan, rolling horizon plan) yapmaktır. (Bkz. Şekil 2.1)

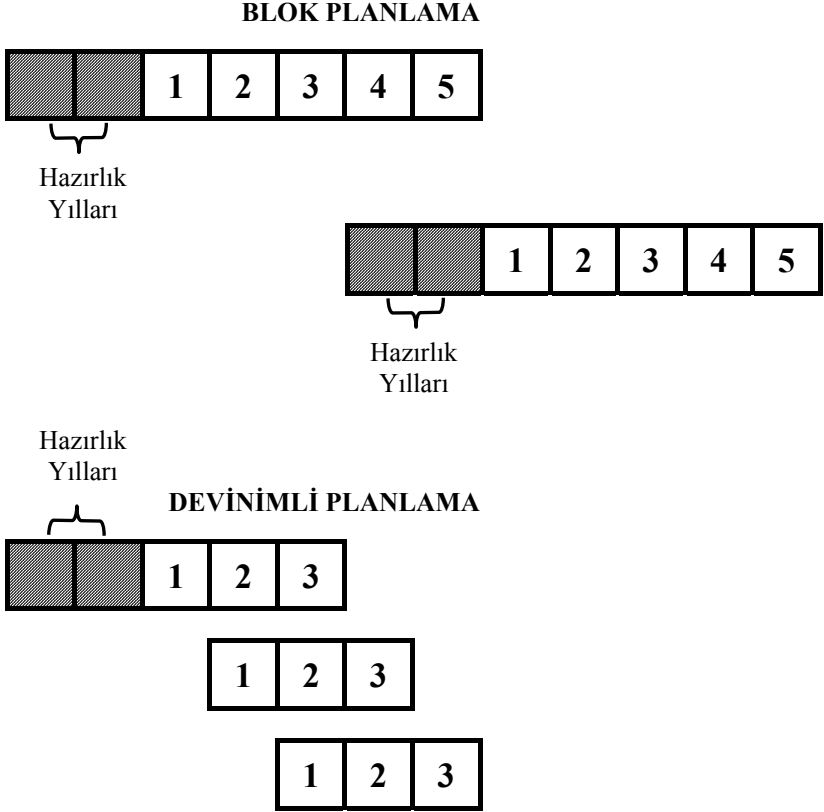
Devnimli planlar da uzun vadeli planlardır. Burada da, uzun vade için ilkeler ve stratejiler belirlenir. Ancak, planın uygulamaları her yıl sonunda değerlendirilip bir sonraki yılın programlarında değişiklikler ve düzenlemeler yapılır. Yani, devnimli planların blok planlardan farkı, sürekli değerlendirme ve sürekli yenilenme içinde olmalarıdır. Devnim (rolling-yuvarlanma) deyimi de buradan kaynaklanmaktadır. Bir önceki yılın sonuçları bir sonraki yıla yuvarlanmakta ve sonraki yılda değişikliklere neden olmaktadır.

Blok planlama günümüzden 20 yıl önceki görüşü yansıtır. Devnimli planlama, geçtiğimiz 20 yıl içinde saptanan sakıncaları giderebilmek için blok planlara alternatif olarak geliştirilmiştir.

Devnimli plan yapabilmek için sürekli bilgi toplayıp değerlendiren planlama birimlerine gerek vardır. Bu koşul devnimli plan hazırlayabilmenin güç yönüdür.

Bu nedenle, böyle birimler kurulmadan devinimli plan uygulamalarına geçilemez.

Şekil 2.1. : Blok ve devinimli planlar



Stratejik planlar

Stratejik planlar, bir kurumun temel politikalarını belirleyen çerçeve planlardır. O kurumun en yüksek yönetim düzeyinde yapılırlar. Kurumun örgütlenmesine, işleyişine ait temel ilkeleri belirlerler. Bu nedenle, oldukça uzun vadeli planlardır. Denilebilir ki en uzun vadeli planlar stratejik planlardır. Bu plan rehber alınarak, daha sonra ayrıntıları içeren ve kurumun birimlerinin çalışmaları ile ilgili pek çok sayıda taktik planlar yapılmalıdır. Tek başına stratejik planlar yeterli olamaz.

Taktik planlar

Stratejik planlar ile belirlenen ilkelerin, o kuruma bağlı birimlerde nasıl uygulanacağını belirleyen planlara taktik planlar denir. Stratejik planların ikinci adımı olarak kabul edilebilir. Taktik planlarda, stratejik planlara göre biraz daha ayrıntıya girilerek, kaynakların, insangücünün ve örgütün yapısı ile ilgili düzenlemeler yapılır. Taktik planlar 1-2 yıl ya da daha kısa süreler için yapılabilir.

Proje ve programlar

Proje ve program terimleri değişik kişilerce farklı anlaşılan kavramları ifade eder. Yabancı kaynaklar da bu terimler bütçeleme ya da para sarfı ile ilgili düzenlemeler için kullanılmaktadır. Ülkemizde yaygın olarak anlaşıldığı biçimiyle, program, bir çerçeve planın (ana plan) kısa bir zaman dilimini yansıtan ayrıntılı iş planıdır. Bir başka deyişle, bir planın yapılmasından sonra bir çok programın hazırlanması gerekir. Program planının öngördüğü işlerin nerede, kim tarafından, ne zaman, nasıl yapılacağını açıklayan çalışma planlarıdır.

Proje ise, başlama ve bitiş tarihleri belli olan özel bir amacı gerçekleştirmek için yapılan planlardır. Bunlara “özel planlar” da denilebilir.

Uygulamada karışıklıklara neden olan bu terimleri ya hiç kullanmamak ya da kullanıldığı yerlerde, hangi anlamda kullanıldıklarını belirtmek iyi olur.

Bölüm 3

PLANLAMAMANIN AŞAMALARI

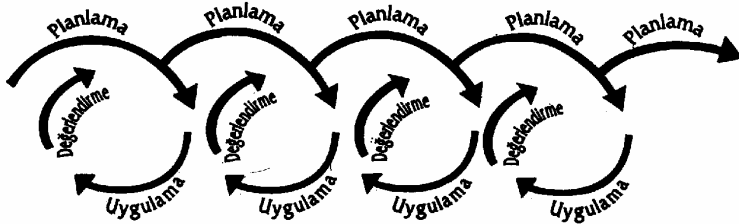
Planlama Süreci

Planlama, plan yapma düşüncesi akla geldiği an başlamış demektir. Bundan sonra yapılması gereken işlemler ve sırası, planın türüne ve kapsamına göre değişebilir. Bilinmesi gereken, planın statik (durağan) değil dinamik (değişen) bir niteliğe sahip olduğudur. Planlama plan dökümanının yazılması ile tamamlanmaz. Planlanan işlerin uygulanması, elde edilen ara sonuçların değerlendirilmesi ve buna göre planın gözden geçirilip gereken yerlerinin değiştirilmesi de planlama sürecinin parçalarıdır.

Planlama, geleceği tahmin etmek ve bu varsayımlara göre gelecekteki işleri düzenlemek demektir. Gelecekle ilgili varsayımların hepsi, her zaman doğru olmayabilir. O nedenle planlarda hatalar, uygulanamayan yönler ya da istenilenin tam tersi sonuçlar doğuran işler yer almış olabilir. Bunların bulunup düzeltilmesi için, planın denemesinden başka yol olamaz. Bunda amaç planına giderek mümkün olan en iyiye erişmesini sağlamaktır. (Bkz. Şekil 3.1). Özetle, planlama sürecinin başlıca üç bölümü vardır:

1. Planlama
2. Uygulama ve değerlendirme
3. Yeniden planlama

Şekil 3.1. : Planlama süreci

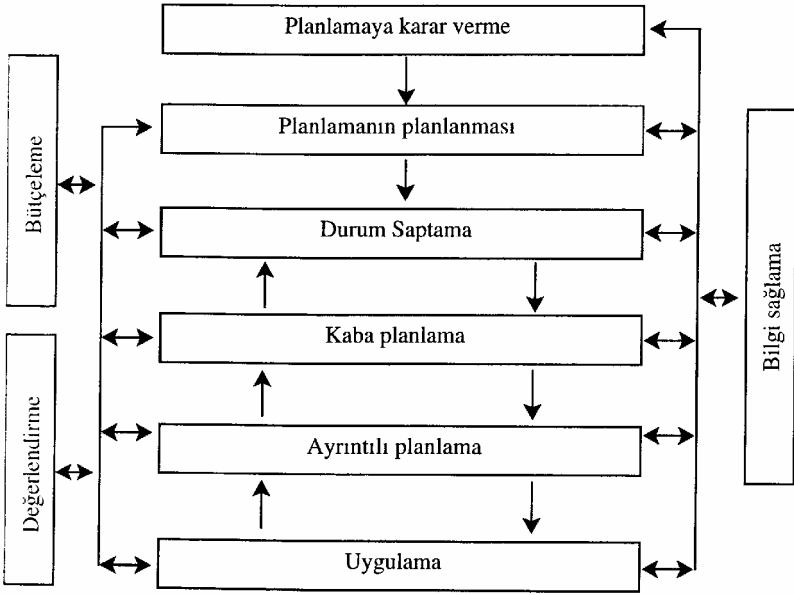


Planlamanın adımları

Planlama sürecinin, plan yapma düşüncesi akla geldiği zaman başladığı belirtilmişti. İyi bir planlamanın bundan sonraki aşamaları genellikle şunlardır:

1. Planlamanın planlanması
2. Durum saptama
3. Kaba planlama
4. Ayrıntılı planlama
5. Uygulamaları izleme ve yeniden planlama

Şekil 3.2. : Planlamanın adımları

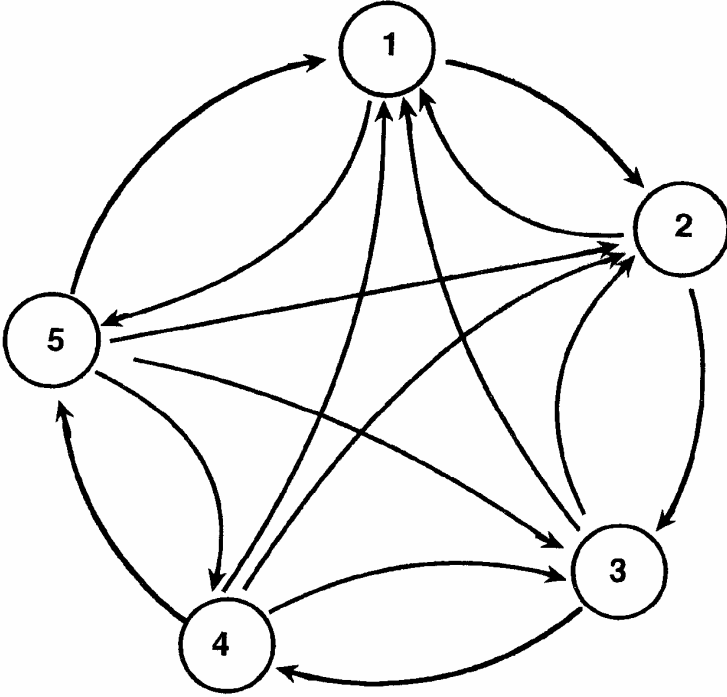


Her aşamanın sonunda, bir rapor hazırlanarak, planla ilgili son kararı verecek kişiye ya da gruba, planlamanın durumu ve o aşamaya kadar yapılmış olan işler hakkında bilgi verilmeli, karar vericinin bundan sonraki aşamalarla ilgili görüş ve yönlendirmesi doğrultusunda çalışmalara devam etmelidir. Aksi halde, planlamanın yönü, karar vericinin kabul edemeyeceği bir sonuca gidebilir ve planın sonuna gelindiğinde boşuna çaba ve zaman harcadığı anlaşılır. Bu hata, bir çok planlama çalışmasında yaygın olarak yapılmaktadır.

Planlama yapılırken yukarıda belirtilen aşamaları sıra ile gerçekleştirmek iyi olur. Ancak bu şart değildir. Bir aşama yürütülürken, bir başka grup aşama üzerinde

çalışabilir. Planlama aşamalarında geriye dönüşler kaçınılmazdır. Sözelimi, ayrıntılı planlama yapılırken, daha önceki kaba planlama aşamasında bazı noktalarda hatalar yapıldığı anlaşılabilir ve bir aşama geriye dönülüp bu hatalar düzeltilebilir. Bazen, planlama çalışmaları çok ilerlemiş olmasına karşın, en başa dönerek, planlamanın amaçlarını ve ilkelerini dahi gözden geçirmek gerekebilir.

Şekil 3.3. : Planlama aşamalarında geriye dönüşler kaçınılmazdır.



Bölüm 4

Birinci Aşama

PLANLAMANIN PLANLANMASI

Planlama ekibinin oluşturulması

Plan yapılmasına karar veren otoritenin (hükümet, müdürlük, başhekimlik v.b.) yapması gereken ilk iş, planlama ekibini oluşturmaktır. Önce, ekibin sorumluları belirlenmeli, daha sonra teknik kadro oluşturulmalıdır.

Planlama ekibini oluşturmadan önce, planlama işleminin nasıl yapılacağına, yani planlamanın yönetimine karar vermektir.

Kapsamlı ve uzun sürecek planlamalarda, bir yönetim kurulu (Yönlendirme Kurulu da denilmektedir) oluşturmakta yarar vardır. Bu grup karar verme yetkisine sahip kişilerden oluşmalıdır. Yönetim kurulunun işi periyodik olarak toplanmak, gelişmeleri izlemek, teknik kişilerden bilgiler almak ve bir sonraki adımda yapılması gereken işlere karar vermektir. Bu kurul, planın son biçimine karar verebilir de vermeyebilir de. Yönetim kurulunda karar vericilerin de yer alması iyi olur. Bu olamayacaksa, kurulunun üyelerinin, planla ilgili son karar verecek olan otoritenin genel yaklaşımlarını politikalarını ve beklentilerini iyi bilmeleri gerekir. Böylece, planlama işlemi, düzgün ve hızla yürütülebilir.

Yönetim kuruluna ve teknik kadroya dahil edilecek ekip üyelerinin nitelikleri ve sayısı planın kapsamı ve amacı ile ilgilidir. Ancak, planlama ekibi oluşturulurken bazı hususlara dikkat edilmelidir.

a. Plan ile ilgili bütün taraflar, planlama ekibinde temsil edilmelidir. Örneğin, insangücü ile ilgili planlamada, insangücünü eğiten ve istihdam eden kurumların ve meslek birliklerinin temsilcileri yer almalıdır. Toplumdaki baskı gruplarının da grupta temsil edilmeleri düşünülebilir. Aksi halde, plan ile ilgili varsayımlar ve kararlar gerçeklere uymayabilir. Planlamada yer almayan grupların eleştirileri ve dirençleri nedeniyle uygulanamaz.

b. Planı uygulayacak olan kuruluşlar da ekipte temsil edilmelidir. Örneğin, il düzeyinde yürütülmesi düşünülen bir aşılama planı hazırlanırken, sağlık ocağı hekimlerinin bazıları ya da aşılamayı bizzat uygulayacak personel arasından seçilen bir grubun planlama çalışmalarında yer almaları uygun olacaktır. Sağlık Bakanlığının bazı illerde yapmayı düşündüğü işlerin planlamasında ise, o illerin sağlık müdürleri valileri, kaymakamları ya da başka kişilerin bulunmaları uygun olabilir. Planı uygulayacak olanların planlama çalışmalarında yer almalarının yararları şunlardır:

1. Planı uygulayacak olanlar daha gerçekçi ve uygulanabilir önerilerde bulunabilirler;
2. Planı uygulayacak olanlar, planlama sürecinde planı iyice kavrarlar, inanırlar ve eğitilirler. Böylece, planın uygulanışı sırasında, planın yorumlanması ile ilgili sorunlar en aza indirilmiş olur;
3. Karara katılanlar, o kararların uygulanması için daha içten çaba gösterirler;
4. Uygulama aşamasında, uygulayıcıların eğitimleri için gerekli süre kısaltılmış olur.

c. Planlama bir deneyim ve uzmanlık işidir. Planlama ekibine planın konusu ile ilgili deneyimli ve uzman kişileri almak gerekir. Bu kişiler arasında hem konunun uzmanları hem de planlama uzmanlarının bulunmasında yarar vardır. Ancak, söz konusu plan küçük bir birimde ve sınırlı imkanlarla yapılmakta ise, kaçınılmaz olarak eldeki kadro ile yetinilecektir. Bu durumda bile, daha önce deneyim kazanmış kişilere danışmakta ve ona göre davranmakta yarar vardır. Özellikle, plan stratejisini belirlerken benzer deneyimleri yaşamış kişilerin görüşleri kararın doğru verilmesine yardımcı olabilir. Özetle, planlama ekibi denildiğinde yalnızca tam süreli çalışacak olanlar anlaşılmalı, danışman olarak çalışacak ya da görüşlerine başvurulacak kişiler de seçilmelidir.

Yukarıda da vurgulandığı gibi planlama bir grup işidir. Bu grubun oluşturulmasında dört model vardır. (Bkz. Şekil 4.1) Bu modellerin hangisinin en uygun olacağına karar vermek, planlanan konuya ve planın hacmine bağlıdır.

Model 1

Komite modeli: Bu modelde, işin sorumlusu olan kişi (karar verici) de dahil olmak üzere bir grup kişi, planlama ile ilgili bütün işleri yürütür ve planı hazırlar. Planlama sırasında gerekirse, bazı uzmanlara ya da kurumlara danışır.

Model 2

Yönetim kurulu modeli: Bu modelde, karar vericilerin de içinde olduğu bir yönetim kurulu oluşturulur. Bu kurul planlama işini yürütmek üzere bir çalışma grubu oluşturur. Çalışma grubunda, uzmanlar ve birim amirleri yer alabilir. Çalışma grubu gerekirse başka uzmanlara ve kurumlara danışarak plan taslağını hazırlar ve yönetim kuruluna sunar. Yönetim kurulu planı onaylar ya da değişiklikler isteyebilir.

Model 3

Alt komiteler modeli: Bu modelde de, bir önceki modelde olduğu gibi bir yönetim kurulu vardır. Fakat, çalışma grupları birden fazladır. Yani alt komiteler oluşturulmuştur. Bu komitelerden her biri birbirinden bağımsız olarak kendilerine verilen işleri tamamlarlar ve her komite hazırladığı raporu yönetim kuruluna sunar. Yönetim kurulu bu raporları birleştirerek plana son biçimini verir, gerekirse danışmanlardan görüş isteyebilir.

Model 4

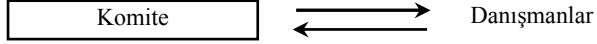
Çalışma grubu modeli: Burada, teknik kişilerden (planlama uzmanları) oluşan küçük grup planı hazırlar ve sonuçlandırır. Bu uzmanlara karar verme yetkisi verilmiştir. Gerekirse, başka kişilere de danışabilirler. Bu modelin kötü yanı, planın dar bir kadro tarafından yapılması ve yöneticilerin, uygulayıcıların ve geniş bir gurubun görüşlerinin yeterince alınmamış olması nedeniyle, uygulamada güçlüklerle karşılaşılabilmesidir.

Planlama grupları belirlendikten sonra, bir toplantı yapılarak plan çalışmalarının kapsamı, yönetimi, süresi, yönetimi gibi konuları tartışmak, onların görüşlerini almak ve daha sonra, grup üyelerinin her birinin iş tanımlarını açıklamakta yarar vardır. Bu toplantıda, çalışma grubunda yer alacak kişilerin akıllarına takılan soruların cevaplandırılması ve herkesin ne iş yapacağını hiçbir kuşkuyla yer bırakmayacak biçimde kesin olarak açıklanması gerekir. Mümkünse, grupta yer alan her kişiye, görevleri ve planla ilgili çalışma esasları yazılı olarak bildirilmelidir.

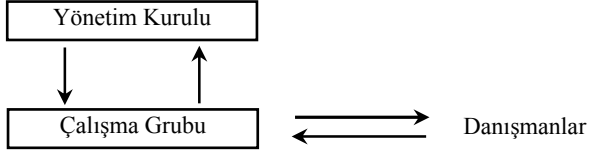
Şekil 4.1'de planlama gruplarının oluşturulması ile ilgili olarak çeşitli modeller görülmektedir. Bu modellerin hangisinin uygun olacağı, planlamanın konusu, kapsamı, çalışma süresi ve karar vericinin tutumu ile yakından ilgilidir.

Şekil 4.1. : Planlama gruplarının oluşturulmasında modeller

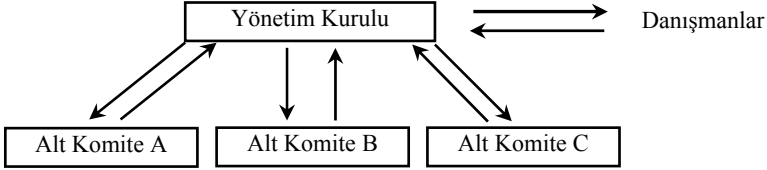
Model 1: KOMİTE MODELİ



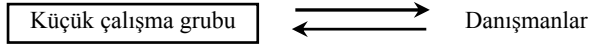
Model 2: YÖNETİM KURULU MODELİ



Model 3: ALT KOMİTELER MODELİ



Model 4: ÇALIŞMA GRUBU MODELİ



Kaynak: Hobson, W. *The Theory and Practice of Public Health*

İş ve zaman çizelgesi

Planlamanın optimum bir sürede yapılması gerekir. Ne gereksiz yere telaş içinde ne de gereğinden yavaş davranmamalıdır. Çünkü, zaman geçtikçe plana temel oluşturacak durumlar da değişebilir, planın geçerliliği kalmayabilir.

Planlama çalışmalarının başlama ve bitiş zamanlarını belirleyen temel etken, uygulamanın ne zaman başlayacağıdır. Eğer uygulamanın başlayacağı zaman, kalkınma planlarında olduğu gibi, önceden belirlenmişse planlama çalışmalarını o tarihe göre ayarlamaktan başka yol yoktur. Eğer, uygulamaya bir an önce başlamanın uygun olacağı düşünülüyorsa planlama sürecinde hızlandırılması gerekir.

Planlamanın zaman çizelgesini yapabilmek için önce, çalışmalarının hangi adımlardan oluşacağına karar verilmelidir. Bundan sonra her işin hangi sürede, kim tarafından, nasıl, nerede yapılacağı kararlaştırılmalıdır. Bu yapılmazsa, çalışmaların koordinasyonu yapılamaz, kişiler arasında iş uyumu sağlanamaz ve plan zamanında tamamlanamaz. Geniş kapsamlı planların hazırlık çalışmaları (planlamanın planlanması) PERT tekniği ile de yapılabilir. (Bkz. Bölüm 7)

Planlamanın bütçesi

Planlama çalışmaları bazı harcamaları gerektirecektir. Bunlar arasında, verilerin toplanması, gerekirse araştırmaların yürütülmesi, uzman ve personel kullanımı, toplantılar, ulaşım ve haberleşme, rapor yazımı ve basımı, öngörülecek çözüm önerilerinin denenmesi (pilot çalışma) gibi işler için yapılacak harcamalar sayılabilir.

Bazı sektörlerde bu tür harcamalar için yıllık bütçeler içinde ayrılmış ödenekler bulunabilir. Ancak yapılması düşünülen planlama çalışmaları, uzun sürecek ve olağan bütçelerle karşılanamayacak harcamaları gerektirirse, planlama çalışmalarına başlarken, bu harcamaların miktarını hesaplamakta ve kaynağını bulmakta yarar vardır.

Bölüm 5

İkinci Aşama

DURUM SAPTAMA

Hangi tür ve hangi genişlikte olursa olsun, bütün planlama çalışmalarında durum saptaması yapılır. Bu aşamadaki çalışmaların amacı, mevcut durum hakkında bilgi edinmek, sorunları ve ağırlık derecelerini belirlemek, önlem alınmadığı takdirde bu sorunların gelecekte erişeceği boyutla ilgili projeksiyonlar yapmaktır. Mevcut durumun bilinmesi, soruların öncelik sıralamasının yapılmasına ve çözüm seçeneklerinin düşünülmesine de yardım eder.

Durum raporu

Durum saptama aşamasına başlarken, önce bu aşamanın sonunda yazılması düşünülen rapor hakkında karar verilmelidir. Bu aşamadaki çalışmaların yükünü bu rapor taslağı belirleyecektir. Yazılı bir rapor gerekme bile, bu aşamada elde edilmesi düşünülen bilgiler ve yapılacak değerlendirmeler hakkında önceden karar vermekte yarar vardır.

Yapılacak işlerin önceden düşünülmesi hem bu aşamanın süresini kısaltır, hem de toplanması gereken bilgiler gözden kaçmamış olur.

Durum saptama aşaması ile ilgili bir tehlike bu aşamanın gereksiz yere uzatılmasıdır. Durum saptama, planlama çalışmasının en kolay aşamasıdır denilebilir. Bu nedenle planlamacıların rahat çalışabilecekleri bir aşamadır. Oysa, bundan sonraki aşamalarda, bir belirsizlik söz konusudur. Çözüm yollarını üretmek, ve bunlarla ilgili varsayımlar geliştirmek bir dizi yoğun çalışmayı gerektirecektir. Bu yüzden olsa gerek, planlama çalışmalarında yeterli deneyimi ve eğitim olmayan kişiler, durum saptama aşamasını uzatma eğiliminde olabilirler. İşte rapor taslağının önceden belirlenmesi, çalışmalarını sınırlamayacağı için, bu tehlikeyi azaltabilir.

Her şeyden önce, durum raporunun hangi ayrıntıda yazılması gerektiğine karar verilmelidir. Bu kararda planlamanın hangi düzeyde (ülke, il, ilçe v.b.) ve hangi ayrıntıda yapılacağına bilinmesi gerekir. Planın genel amaçlarını ve hedeflerini

taşan bir ayrıntıda bilgi toplamaya ve rapor hazırlamaya gerek yoktur. Daha sonra, rakamsal bilgilerin gerekip gerekmediğine, gerekiyorsa, bunların kabaca neler olduğuna karar verilmelidir. Bu bilgilerden hangilerinin değerlendirmeye alınacağı, daha fazla bilgiye gerek olup olmayacağı gibi kararlar bu aşamada verilemez. Bilgiler toplandıka, başka hangi bilgilere gerek duyulacağına karar verilebilir.

Veri toplama

Bazı yöneticiler ve planlamacılar, bilgi kaynaklarının yetersizliğinden mevcut bilgilerin eksik ve yanlış oluşlarından yakındır. O nedenle de, durum saptama aşamasında sık sık yeni bilgi toplama yollarına ve araştırmalarına baş vurmak isterler. Byonce çok ve gereksiz bilgilerin analizleri ile zaman geçirerek asıl amaçlarının uzaklaşırlar. Bazı yazarlar bu duruma “analiz felci” (paralysis by analysis) demektedir.

Planlama çalışmalarının çok onemli bir kuralı, mevcut verilerle yetinmek, çok gerekmedikçe yeni veri toplama yollarına başvurmamaktır. Bunun en geçerli nedeni, zaman kaybetmemektir. Mevcut veriler yetersiz ya da tam doğru olmayabilir. Fakat, planlamacının başka veri kaynaklarını kullanmaya karar vermeden once kendi kendine sorması gereken sorular şunlar olmalıdır;

- Yeni yollarla toplayacağım bilgiler, planlamanın gidişini ve onerecek ozm yollarını ne kadar etkileyebilir?
- Ek bilgi toplamakla geçirilecek zamana, çabaya ve harcanacak paraya değer mi?

Bu iki soruya verilecek cevaplar olumlu ise, elbette, yeni bilgi kaynaklarına başvurulmalı, gerekirse araştırmalar yapılmalıdır. Ancak, çoğu zaman bu soruların cevaplarının olumlu olmadığı görülür.

Sözgelimi, bir plan için bebek olum hızının bilinmesi gerektiği ve mevcut bilgilere göre bu hızın binde 70 olduğunu varsayalım. Bu değerin yanlış olarak düşük hesaplanmış olması planlamayı nasıl etkileyebilir? Bebek olum hızı zaten yeteri kadar yüksektir. Bu düzeydeki bebek olum hızına sahip bir yer ile daha yüksek bir hıza sahip yerdeki ocuk sağlığı sorunları arasında muhtemelen benzerlikler vardır ve buradan alınacak onlemler de genellikle benzer olacaktır. nku bu kadar yüksek bebek olum hızı olan yerlerde, bebekler enfeksiyon hastalıkları nedeniyle olmektedir. Yapılması gereken enfeksiyon hastalıkları ile mücadeledir. O nedenle, daha doğru bir bebek olum hızı elde etmek planlamayı çok fazla etkilemeyecektir ve bunun için çaba göstermeye gerek yoktur.

Oysa, söz konusu yerde eldeki verilere göre bebek olum hızı binde 10 ise, ve bu

değerin yanlış olduğu gerçekte bu hızın binde 60-70 dolaylarında olduğu tahmin ediliyorsa, durum yukarıda açıklanan örnekten farklıdır. Çünkü, bebek ölüm hızının binde 10 gibi düşük bir düzeyde olduğu yerlerde, bebekler konjenital hastalıklardan ölürlür. Bu durumda, bebek ölüm hızını daha da düşürebilmek için genetik danışma merkezleri açmak, prematüre servisleri kurmak gibi önlemlere başvurmak gerekecektir. Eğer, söz konusu bölgede gerçek durumun böyle olmadığı kuvvetle tahmin ediliyorsa, daha doğru bilgi sağlamak amacıyla bir araştırma yapılması düşünülebilir.

Daha önceden söz edildiği gibi, hangi bilgilerin, hangi ayrıntıda toplanması gerektiğine önceden karar verilmelidir. Bilgi toplama da seçici davranmalı, gerekmeyen bilgiler toplanmamalıdır. Durum saplamak demek, planı etkileyecek, planla ilgili bilgileri toplayarak değerlendirmek demektir. Yoksa, amaç bilgi arşivi oluşturmak değildir.

Niceliksel ve niteliksel olmak üzere iki türlü veri vardır. Niceliksel veriler rakamsaldır. Ölçülebilirler. Bunlara katı bilgiler (hard information) de denilir. Niteliksel veriler ise rakamla ifade edilemezler. Bunlara yumuşak bilgiler (soft information) de denir. Örneğin, hastalanan kişi sayısı niceliksel veridir. Fakat, halkın hastalık anlayışları hakkındaki bilgiler niteliksel veriye örnektir. Planlama çalışmaları için her iki türdeki veriye de ihtiyaç vardır.

Bilgileri mümkün olduğu kadar son zamanlara ait olması da önemli bir konudur. Eski bilgilere dayanarak yapılan planlar gerçeklere uymayabilir.

Verilerin nerelerden toplanacağı da bir başka husustur. Birçok durumda her yerden ve her sağlık kuruluşundan veri toplamak gerekemeyebilir. Önemli olan, toplanacak verilerin toplumu, hizmetleri ya da bölgeyi temsil etmesi, planlamaya ışık tutabilmesidir. Bu nedenle, seçilmiş bir örnekten veriler toplamak yeterli olabilir. Bu örnek, bir grup sağlık kuruluşu, toplumun bir bölümü, personelin bir kısmı olabilir.

Bazı durumlarda sürekli ve düzenli veri toplamak gerekebilir. Öte yandan, veri toplamanın ne kadar güç ve emek istediği de bir gerçektir. Üstelik, toplanan verilerin doğrulukları konusunda da ciddi kuşku vardır. Bu durumda bütün sağlık kuruluşlarından veri toplamak yerine, önceden belirlenmiş bazı kuruluşlardan (sentine points-nöbetçi kuruluşlar) veri toplamak daha yerinde bir uygulama olabilir. Böylece bütün kuruluşlardan doğru bilgi toplamak için çabalamak yerine daha az sayıdaki kuruluştan, fakat doğru bilgi edinmek için çaba göstermek daha akılcıdır. Yeter ki, bu veriler o yöreyi ve o hizmetleri temsil ediyor olsun ve planlama için gerekli görülsün.

Doğru veri, yöneticilerin doğru karar verebilmeleri ve uygun planlama için temel

koşuludur. O nedenle, hizmetin her anında, sürekli olarak toplanacak verilerin tam ve doğru olmaları için gereken her şey yapılmalıdır. Yoksa, karar verme durumunda kaldığında, verilerin yanlışlığından yakınmanın bir yararı olamaz. Doğru ve uygun veri toplanmasında titiz davranmayan bir yöneticinin daha sonra, verilerin yetersizliğinden ve yanlışlığından yakınmaya hakkı yoktur.

Genellikle kısa vadeli planlamalarda daha kesin bilgilere ihtiyaç duyulur. Çünkü kısa vadeli plan hedefler kesin olmayan bilgilere dayalı olarak saptanırsa gerçekte varılabilecek hedeflerden çok sapmalar olabilir. Uzun vadeli planlamalarda bilginin kesinliği konusunda daha toleranslı davranılabilir. Öte yandan, bilgiler kesinleştikçe bunları elde etmek için daha fazla masraf yapmak gerekecektir. Yani, kesin bilgi pahalıdır. Planlamacının yeni ve daha kesin bilgiler toplamaya karar verirken bu hususu da dikkate almasında yarar vardır. Kayıt tutmak ve veri toplamak bazı personel tarafından gereksiz ve yorucu bir iş gibi algılanabilir. İyi bir yöneticinin böyle kişileri yaptıkları işin önemine inandırarak doğru ve düzenli bilgi akışını sağlaması beklenir. Bir yöneticinin başarı kriterlerinden biri de, kuruluşundan sağlanan bilgilerin niteliğidir.

Verilerin bilgiye dönüşmesi

Veri ile bilgi arasındaki fark, kumaşla elbise arasındaki farka benzer. Kumaş elbiseye dönüşmezse bize yarar sağlamaz. Veri de bilgiye dönüşmezse, bir anlam ifade etmez. Bilgi, konuşan veridir.

Verileri bilgiye dönüştürmek epidemiyoloji ve istatistik bilimlerinin konusudur. Yöneticilerin ve planlama ile ilgili kişilerin epidemiyoloji bilmelerinin gerekliliği bundandır. Planlama ekibinde, bu konuların uzmanlarının bulunmasında yarar vardır.

Elde edilen bilgiler, planlamaya konu olan sorunların boyutu, ağırlığı, süresi, dağılımı, birbirleri ile ilişkileri, nedenleri gibi konular hakkında fikir verecektir. Ayrıca, durum saptama aşamasında, eğer hiçbir önlem alınmazsa, mevcut durumun (ve sorunların) nasıl bir gelişme göstereceği ve gelecekte hangi düzeye erişeceği hakkında da değerlendirmeler (projeksiyonlar) yapılmalıdır. Böylece sorunların öncelikleri hakkında da fikir edinilmiş olacaktır. Bu tür projeksiyonlara “potansiyel projeksiyonlar” adı verilir.

Öncelikli sorunların belirlenmesi

Bütün ihtiyaçları karşılamaya yetecek kaynaklar hiçbir zaman bulunamaz. Dolayısıyla, ihtiyaçlar arasında bir öncelik sıralaması yapmak, kaynakları buna göre ayırmak kaçınılmazdır.

Öncelikli sorunların belirlenmesindeki önemli kriterler bu sorunlardan toplumun ne kadarının etkilendiği, sorunun yol açtığı sonuçların ağırlığı, neden olduğu iş ve güç kaybının boyutu, neden olduğu parasal kayıpların boyutu, toplumun bu sorun ile ilgili düşüncelerinin neler olduğu, çözümlenmediği takdirde ileride erişeceği boyut, bu sorunun çözümü ile elde edilecek yararların neler olacağıdır. Ayrıca, söz konusu sorun ile ilgili sağlık kuruluşlarının sayıları, dağılımları ve iş kapasiteleri, verimli çalışıp çalışmadıkları, burada görevli insangücünün sayı ve nitelikleri gibi bilgilere de gerek vardır. Bu konudaki bilgilere durum saptama çalışmalarında yer verilmelidir.

Durum saptama aşamasında elde edilecek bilgiler, planın uygulanmasının değerlendirilmesi için gereklidir. Plan uygulanmaya başlandıktan sonra da benzer bilgiler elde edilecek ve plan öncesindeki, yani durum saptama aşamasında elde edilen bilgilerle kıyaslanacaktır. Plan sonrasında varılan sonuçlar, daha önce durum saptama aşamasında yapılan potansiyel projeksiyonlarla karşılaştırılarak planın işe yarayıp yaramadığı hakkında yorumlar yapılacaktır. O nedenle, durum saptama aşamasında, hangi bilgilere ve değerlendirmelere yer verileceği belirlenirken bu hususunda dikkate alınması gerekir.

Planlama çalışmalarının bundan sonraki adımlarına yön vermesi nedeniyle, durum saptama çalışmaları ve öncelikli sorunların belirlenmesi planlama çalışmalarının çok önemli bir adımını oluşturur. Eğer, öncelikli sorunlar iyi ve doğru olarak tanımlanırsa, planlama için gereken işlerin yarısı yapılmış demektir. Bu nedenle, öncelikli sorunların belirlenmesi adımı, planlama çalışmalarına katılan uzmanların da katılacağı tartışma toplantıları yapmakta ve kararları bu toplantılardaki tartışmaların ışığında vermekte yarar vardır.

Öncelikli sorunun ya da sorunların neler olduğuna karar vermek zor bir işlemdir. Bunu yaparken önerilen bir yol da öncelik çizelgesinden yararlanmaktır. Bu yöneteme göre, sorunların herbirine kendi göreceli önemi (sıklığı, öldürücülüğü, sakat bırakma oranı v.b. özellikleri dikkate alınarak verilir), yapılabilecek müdahalelerin etkililiği ve bu müdahalelinin maliyetine göre bir skor verilir. Bu üç kritere göre bulunan toplam skor, öncelikli sorunun seçiminde bir rehber olarak kullanılır. Bu skorlama işleminin planlama grubundaki uzmanların katıldığı bir toplantıda (workshop'ta) yapılması gerekir.

Örneğin bir bölgede sorun olan ve Tablo 5.1'de belirtilen altı hastalıktan hangisinin öncelikle ele alınması gerektiğine karar vermek için skorlama ve öncelik çizelgesi şöyle hazırlanabilir. (Kaynak: Bertan, M., Enünlü, T.)

	Skor		
	+	++	+++
Hastalığın göreceli önemi	düşük	orta	yüksek
Müdahalenin etkililiği	etkisiz	orta	çok etkili
Müdahalenin maliyeti	yüksek	orta	düşük

Tablo: 5.1. : Öncelik çizelgesi

Hastalık ya da sorun	Göreceli önemi	Etkililik	Maliyet	Öncelik skoru
Kızamık	+++	+++	+++	9
İshaller	+++	++	+++	8
Sıtma	+++	++	++	7
Tüberküloz	++	++	++	6
Serebrovasküler H.	+++	+	+	5
Lösemi	+	+	+	3

Tablo 5.1'deki örnekte, kızamık hastalığının toplam skoru diğerlerine göre yüksektir. Dolayısıyla, bu bölgede ele alınıp kontrol edilmesi en öncelikli sorun kızamıktır. İkinci öncelikli hastalık ishallerdir.

Raporun sunumu

Durum saptama aşaması, planlama sürecinin en önemli aşamalarındandır. Çünkü, planlamanın ilkeleri, önceliklerin saptanması ve önerilecek önlemler, bu aşamada elde edilecek bilgilere dayalı olacaktır.

Bu aşamada elde edilen bilgilerin çok net ve anlaşılır biçimde yazılması ve sunulması gerekir. Rapor, açık-seçik, can alıcı noktaları içeren, gereksiz ayrıntıya girmeyen ve kısa bir biçimde kaleme alınmalı ve sunulmalıdır. Eğer uzun olması zorunluluğu varsa, bir de özeti yazılmasında yarar olabilir. Karmaşık tablolar yerine, sade, az rakamlı ve özet bilgileri içeren tablolar yer almalıdır. Bazı

durumlarda, grafikler tablolardan daha açıklayıcı olabilir. Unutulmamalıdır ki, bu raporu okuyarak çok önemli kararlar verecek olan kişiler, yani karar vericiler, o raporu hazırlayanlar kadar teknik bilgilere sahip olmayabilirler. O nedenle, karmaşık ve anlamsız terimler yerine daha sade ve herkes tarafından anlaşılacak terimlerle yazılması iyi olur.

Aşağıda, aynı bilgileri gösteren iki tablo ve bir grafik örneği verilmiştir. İlk tabloda (Tablo 5.2) pek çok bilgi bir arada sunulmuştur. Görüldüğü gibi bu tablo karmaşıktır ve okuyucunun dikkatinin çekilmek istendiği odak değerler seçilememektedir. İkinci tablo ise (Tablo 5.3) daha sadedir. İlk tabloda yer alan bazı değerler ayıklanmıştır. Fakat, okuyucunun anlaması ve odak değerleri görmesi açısından daha uygundur. Grafik ise (Şekil 5.1) ikinci tabloda yer alan bilgileri yansıtmaktadır. Durumun daha net olarak anlaşılmasına yardımcı olmaktadır.

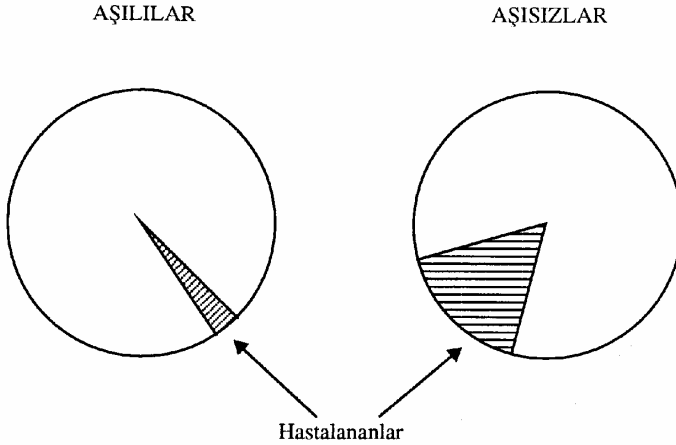
Tablo 5.2. : Kızamık geçiren çocukların bağışıklık durumlarının ilçelere göre dağılımı.

İLÇE	Aşılılar						Aşısızlar						Toplam					
	Hasta olan		Hasta olmayan		Toplam		Hasta olan		Hasta olmayan		Toplam		Hasta olan		Hasta olmayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
A																		
B																		
C																		
D																		
Toplam																		

Tablo 5.3.: Kızamık geçiren çocukların bağışıklık durumlarının ilçelere göre dağılımı.

İLÇE	Aşılılar		Aşısızlar		Toplam	
	Toplam sayı	Hasta olan (%)	Toplam sayı	Hasta olan (%)	Toplam sayı	Hasta olan (%)
A						
B						
C						
D						
Toplam						

Şekil 5.1. : Kızamık geçiren çocukların bağışıklık durumları



Raporun, karar vericilere bir kez de sözlü olarak sunulmasında ve tartışılmasında yarar olabilir. Böylece, karar verici ile teknik kadro yüz yüze tartışarak daha sağlıklı kararların alınmasına ortam hazırlamış olurlar.

Bölüm 6

Üçüncü Aşama

KABA (ÖN) PLANLAMA

Sorunların ve önceliklerin belirlenmesinden sonra sıra, bu sorunları çözebilmenin yollarını belirlemeye gelmiştir. İşte planlamanın en can alıcı ve kritik noktalarından birisi de bu aşamadır. Kaba planlama aşaması, planlama çalışmalarının tepe noktasını oluşturur.

Ancak, bu aşamaya başlamadan önce, bir önceki aşamada varılan sonuçlardan emin olmak gerekir. Çünkü öncelikli sorunlar doğru olarak belirlenmemiş ve bu sorunların çözümünün gerekli olduğuna kesin olarak karar verilmemiş ise, kaba planlama aşamasına başlamamakta yarar vardır. Bu nedenle, öncelikli sorunlarla ilgili karar verildikten sonra, bir süre beklemek ve bu arada, konu ile ilgili bütün tarafların ve sektörlerin görüşlerini soruşturmak iyi olur.

Hedeflerin (amaçların) belirlenmesi

Hedefler, planın uygulanması sonucunda varılması düşünülen durumu anlatır. Hedefsiz planlama yapılamaz. Her hedef rakamlarla ifade edilemez. Ancak, rakamlarla ifade edilebilecek olan hedeflerin, bu şekilde düşünülmesi uygun olur. Örneğin “bebek ölüm hızını önemli ölçüde düşürmek” iyi bir hedef değildir. Onun yerine “bebek ölüm hızını, beş yıl içinde şimdiki durumunun yarısına indirmek” daha anlaşılır ve ölçülebilir bir hedeftir. Rakamsal olarak ifade edilen hedeflerde ulaşılabilir olanların ötesine geçmemeye, gerçekçi, ve ulaşılabilir hedefler seçilmesine özellikle dikkat edilmelidir.

Kesin hedefler vermek her zaman mümkün olmayabilir. Bu durumlarda hedefi alt ya da üst sınırla belirtmekte yarar vardır. Örneğin, “bebek ölüm hızı binde 40’ın altına düşürülecektir” ya da “bağışıklık oranı yüzde 85’in üzerine çıkarılacaktır” gibi.

Bazı durumlarda hedefi alt ve üst sınırları ile birlikte ifade etmek gerekebilir. Örneğin, “hasta sevk oranı yüzde 8-10 arasında olacaktır” gibi.

Bazı plancılar, hedefleri yüksek tutmanın personeli motive edeceğini (güdüleyeceğini) ve hedefe ulaşabilmek için daha fazla çaba gösterebileceğini umarlar. Oysa, ulaşılması güç bir hedef, umulanın aksine personelde ümitsizlik ve isteksizlik yaratabilir. Üstelik, gerçek dışı hedefleri, olan planlara karşı personelin güveni sarsılır.

Eğer plan, geniş bir coğrafik bölgeyi kapsıyorsa (ülkenin geneli gibi) değişik bölgeler için değişik hedefler saptanabilir. Çünkü bölgeler, arasındaki koşullar farklı olabilir. O nedenle, hedeflerin belirlenmesinde, yerel uzmanların ve yöneticilerin görüşleri çok önemlidir. Hedefler, onların görüşleri alınarak belirlenmelidir.

Planlamanın her aşamasında olduğu gibi, hedeflerin belirlenmesinde de uygulayıcıların ve uzmanların görüşlerine başvurulmalıdır. Aksi, durumda uygulanması mümkün olmayan hedefler belirlenebilir ve planlamanın bundan sonraki aşamaları anlamını yitirir. O nedenle, hedeflerin belirlenmesi basamağında yeterli zaman ayrılmalı, düşünülen hedefler, mümkün olduğu kadar geniş bir grupla tartışılarak (uzmanlar, yöneticiler, planlamacılar, uygulayıcılar, halk grupları v.b.) kesinleştirilmelidir.

Her aşama sonunda “karar verici” ile görüşülmesi gereğine daha önce değinilmişti. Hedeflerin belirlenmesi basamağında, aşamanın sonu beklemeden karar verici ile görüşmekte ve onun onayını almakta yarar olabilir. Böylece, planlamanın bundan sonraki adımları için sağlam bir zemin oluşturulur.

Hedefler katı ve değişmez şeyler değildir. Belirlenmiş olan hedeflerin uygulanamayacakları anlaşılır ya da uygun hedeflerin varlığı ortaya çıkarsa, daha önce belirlenmiş olan hedefler değiştirilebilir ya da bunlardan tümüyle vazgeçilebilir. Önemli olan en gerçekçi ve uygulanabilir hedefleri tanımlayabilmektir.

Çözüm seçeneklerinin (stratejilerin) belirlenmesi

Çözüm yollarını düşünürken, herşeyden önce ön yargılı olmamak gerekir. Bazı yöneticilerin ve planlamacıların düşükleri çok önemli hata, planlama için yola çıkarken akıllarında bir çözüm yolunu düşünüyor olmalarıdır. Böyle yöneticiler tarafsız olmadıkları için, sıklıkla yanılıya düşebilirler.

Çözüm yollarını düşünürken iki yol izlenebilir:

1. Daha önce benzer planlar yapmış olan kişilerin deneyimlerinden yararlanmak ve onların denenmiş çözüm yollarının aynen ya da kendi koşullarına uyarlayarak benimsemek.
-

2. Özgün çözümler üretmek.

Birinci yaklaşım, bazı durumlar için daha tercih edilebilecek yoldur. Böylece, fazla zaman kaybetmeden, deneyimden yararlanarak çözümler bulunmuş olur. Üstelik, uygulama sırasında yapılabilecek hatalar da en aza indirilebilir. Çünkü, daha önceki deneyimler bu hataları da ortaya koymuştur.

Bu yol tercih edilecekse, deneyimi yaşamış kişilerle ilişki kurmakta ya da o deneyimle ilgili belgeleri gözden geçirmekte yarar vardır. Kulaktan duyma bilgilerle yola çıkmak hatalara neden olabilir. Deneyimi, birinci ağızdan dinlemek ve öğrenmek daha iyi bir tutumdur.

Burada dikkat edilmesi gereken bir nokta, önceki deneyimin nerede, hangi toplumda ve hangi koşullarda yaşanmış olduğudur. Sorunlar toplumdan topluma yöreden yöreye, zamandan zamana değişiklikler göstereceğinden çözümler de farklı olmalıdır. Örneğin, bir batı-Avrupa ülkesinde başarıyla uygulanmış bir hizmet modelini Türkiye için aynen düşünmek hata olabilir. Batı Anadolu'da başarıyla uygulanmış bir çözümü aynen Doğu Anadolu illerinde uygulamaya kalkışmak da her zaman doğru olmayabilir. Günümüzden yıllarca önce denenmiş bir çözüm yolu da artık başarıyla uygulanmayabilir. O halde çözüm yollarının belirlenmesinde temel ilke koşullara uygunluk olmalıdır.

Çözüm seçeneklerinin belirlenmesinde ikinci yol olan özgün çözümler üretmeye gelince: Bu yöntemde ilke; özgür düşünme olmalıdır. Bu yaklaşımın en iyi uygulandığı yol “workshop” tekniğidir. (Dr. Çağatay Güler buna “bilimsel imce” tekniği demektedir.)

Workshop tekniği değişik amaçlarla ve değişik şekillerde uygulanabilir. Planlama için yapıldığında amaç, konu ile ilgili kişilerin (uzmanların) bir arada beyin fırtınası (brain storming) diye bilinen tartışmaları yapmalarıdır. Beyin fırtınası, tartışmaya katılan herkesin, aklına gelen her türlü çözüm yolunu, o çözümün olabilirliğini düşünmeden ortaya atmasıdır. Akla gelen çözüm yolu, ilk bakışta saçma ve uygulanmaz gibi görünebilir. Bu nedenle, kişi bu çözümü ortaya atmaktan çekinebilir. İşte, beyin fırtınasında bu yapılmamalıdır. Olamayacak gibi görünse de akla gelen her çözümün açıklanması çok önemlidir. Bu nedenle, beyin fırtınaları hızlı yapılan toplantılardır. Böylece, katılımcılar, akıllarına gelen düşünceleri kendi kendilerine düşünmeye fazla zaman bulamazlar ve ortaya atarlar. Böylece bir fikir havuzu oluştururlar.

Beyin fırtınası toplantılarında bir yönetici (yönlendirici demek daha doğrudur) ve bir raporör bulunur. Katılımcıların ortaya attıkları düşünceler önce kayıt edilir. Sonraki oturumda, bu çözüm yolları tek tek ele alınarak irdelenir ve olabilirlikleri değerlendirilir.

Beyin fırtınası toplantıları 40-60 dakika süren kısa fakat hızlı tartışılan toplantılardır. Bu toplantının özel konusu toplantı başlamadan açıklanmazsa, katılanlar daha verimli olarak fikir üretebilirler. Konu önceden açıklanırsa, katılımcılar ister istemez, toplantı öncesinde düşünmeye ve birbirleri ile tartışmaya başlarlar ve bazı fikirleri açıklamaktan vazgeçebilirler.

Toplantının, katılımcıların yüz yüze oturdukları bir masa etrafında yapılması tercih edilmelidir.

Yaratıcı olmak, yeni fikirler üretmek için çok zeki olmak gerekmez. Ortamın buna uygun olması yeter. Yöneticinin görevi bu ortamı hazırlamaktır. Bunun için şu hususlar yerine getirilmelidir:

1. Güvenilir bir yönetim
2. Örgüt içinde iyi bir iletişim ve düşünceye saygı, yeni fikirlere kulak veren, değişikliği isteyen bir yönetim anlayışı,
3. Diğer örgütlerle iyi bir iletişim ve olan bitenden haberdar olma,
4. Örgüt içinde, değişik kişiliklere ve niteliklere sahip kişilerin bir arada çalışmaları,
5. Personeli fikir üretmeye teşvik eden, onları hata yapmaktan ürkmelerini engelleyen bir yönetim anlayışı.

Bir çözüm yolunun olabirliğinin değerlendirilmesinde bazı noktalara dikkat etmek gerekecektir. Planlamacılar her çözüm yolu önerisi için şu soruların cevaplarını araştırmalıdır:

Önerilen çözüm yolu (nun);

1. Politik çevreye uygun mu?
 2. İlgili olduğu diğer planlara uygun mu?
 3. Sağlık hizmetleri modelinin genel ilkelerine uygun mu?
 4. Hizmeti alacak kişilerce (halk) kabul edebilir mi?
 5. Hizmeti verenler tarafından kabul edilebilir mi?
 6. Maliyeti ne olacaktır?
 7. Personel eğitimi gerektirir mi?
 8. Ek personel gerektirir mi?
 9. Yeni teknoloji kullanımı gerektirecek mi?
 10. Ön koşulları var mı?
 11. Yeni sorunlar yaratabilir mi?
 12. Sonuçları ölçülüp değerlendirilebilir mi?
 13. Başarısız olunduğu takdirde, vazgeçilebilir mi?
 14. Uygulanması kolay mı?
-

15. Uygulanmaya konulmadan önce denenmesi gerekir mi?
16. Daha önce denenmişse, sonuçları nasıl olmuş?
17. Mevzuat değişikliği gerektirecek mi?
18. Bu çözüm yolundan daha iyisi var mı?

Yukarıdaki hususlar dikkate alındığında, her çözüm önerisinin karşısında bazı sorunların mevcut olduğu görülecektir. Önemli olan, bu sorunların çözülüp çözülemeyeceğidir. Bazı sorunları kontrol etmek, ortadan kaldırmak mümkündür. Bunlara güçlük (obstacle) denir. Kontrol edilemeyen sorunlar ise engel (constraint) olarak adlandırılır.

Örneğin, çözüm önerisinin ülkenin yönetim yapısına uymaması, karar vericini dünya görüşüne ters olması, sağlanamayacak kadar pahalıya mal olması gibi sorunlar engellerdir. Bunları ortadan kaldırmak planlamacının gücünün ötesindedir. Öte yandan, yeni bir mevzuat gerektirmesi, personel eğitimine ihtiyaç duyulması gibi sorunlar güçlük niteliğindeki sorunlardır. Bunlar çözülebilir.

Bazı planlarda, tek bir çözüm yolu değil, bazı çözüm yollarını bir arada içiren çözümler paketi söz konusu olabilir. Bu durumda, paketdeki her bir çözümü ayrı ayrı değerlendirmek gerekir. Eğer bu paketdeki önerilerden biri yada bazıları için engel niteliğinde sorunlar söz konusu ise, o önerilerin paketten çıkartılması gerekecektir. Aksi halde, paketdeki önerilerin diğerlerini de gerçekleştirmek mümkün olmayacaktır.

Bazı çözüm yolları (stratejiler) bir arada uygulandığında birbirlerinin etkisini arttırmırlar (sinerjistik etki.) Bazı stratejiler ise birbirinin etkilerini azaltırlar ya da yok ederler (antagonistik etki). Stratejilere karar verirken aralarındaki bu ilişkilerin de göz önünde bulundurulması gerekir. Örneğin, pratisyen hekimler bir bölgede çalışmaya özendirilmek isteniyorsa:

Hekimlere ek tazminat vermek ve uzmanlık eğitimine öncelikle alınmalarını sağlamak “sinerjistik etki” yapabilir. Fakat, tazminatla birlikte zorunlu hizmet uygulanması “antagonistik etki”ye neden olabilir. Yani zorunlu hizmet uygulaması, tazminatın sağlayacağı olumlu etkiyi azaltır.

Özetle, hangi stratejinin seçileceğine karar verirken,

1. Her strateji seçeneği yazılır.
2. Her seçeneğin karşısına
 - a. muhtemel güçlükleri
 - b. muhtemel engelleri
 - c. muhtemel maliyeti
 - d. beklenen sonuçları

belirtilir ve bunlar değerlendirilerek en uygun strateji belirlenmeye çalışılır.

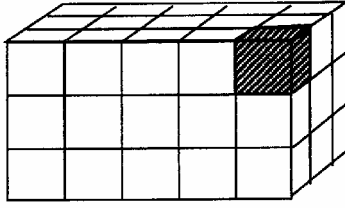
Politik çevreye uygunluk: Politik çevre, karar vericilerin (iktidardaki gücün) dünya görüşleri, hizmetlerle ilgili temel yaklaşımları demektir. Politik çevreye uymayan planların uygulanma şansları olamaz. Bir planlamacı hazırlayacağı plan taslağının o görevi kendisine veren otorite tarafından kabul ya da ret edileceğini unutmamalıdır. Planlamacı uzmanlar, karar verici (policy maker) adına, ona yardımcı olmak üzere, onun danışmanı olarak çalışan, ona politikalar öneren (policy seeker) kişilerdir. Elbette danışman olan uzmanlarında kendi dünya görüşleri ve inandıkları çözüm yolları olacaktır. Bu inançlarını karar vericiye kabul ettirmek için çaba göstermeleri, onu ikna etmeye çalışmaları çok doğaldır. Ancak, her şeye karşın, karar verme yetkisi danışman da değildir. Böyle olunca, danışmanın, yani planlamacının görevi, eğer görevini bırakmayı düşünmüyorsa, kendisinden istenilen yöndeki planı en iyi biçimde yapmaktan başka bir şey olamaz.

Planlamanın her aşaması tamamlandıktan sonra, karar vericiye rapor sunmanın ve onunla planın sonraki aşamalarında neler yapılması gerektiğini tartışmanın gereği budur. Karar verici her adımdan sonra aydınlatılmalı, hiçbir önemli gelişme ve çalışma kendisinden saklanmamalıdır.

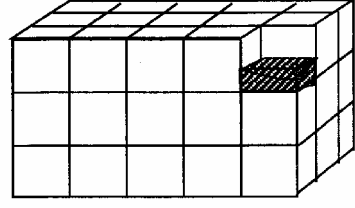
Diğer planlara uygunluk: Her planın ilgili olduğu bir başka plan vardır. Her plan, kendinden daha geniş bir sistemin (daha büyük bir planın) parçasıdır. Örneğin; bir ülkenin genel sağlık planı, o ülkenin genel kalkınma planının bir parçasıdır. Bir ilin sağlık planı, ülkenin genel sağlık planının bir parçasıdır.

Bu nedenle, planlar yapılırken, ilgili oldukları diğer planların da (diğer sektör planları da olabilir) dikkate alınmaları gerekir. Bu planlar uyum içinde olmalıdırlar. Planlar, ilgili oldukları diğer planlara göre daha güdük ya da abartılı yapılırlarsa, ya da o planlara hiç uyum sağlamayacak biçimde hazırlanırlarsa uygulanamazlar. (Bkz. Şekil 6.1).

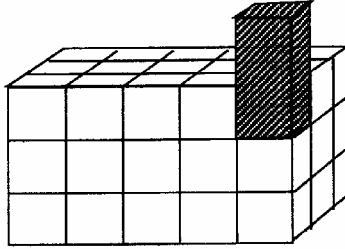
Şekil 6.1. : Planlar ilgili oldukları diğer planlarla uyum içinde olmalıdırlar.



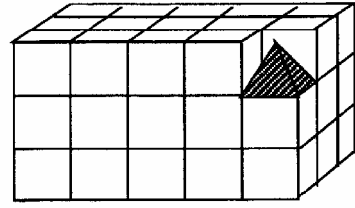
UYUMLU SAĞLIK PLANI



GÜDÜK SAĞLIK PLANI



ABARTILI SAĞLIK PLANI



UYUMSUZ SAĞLIK PLANI

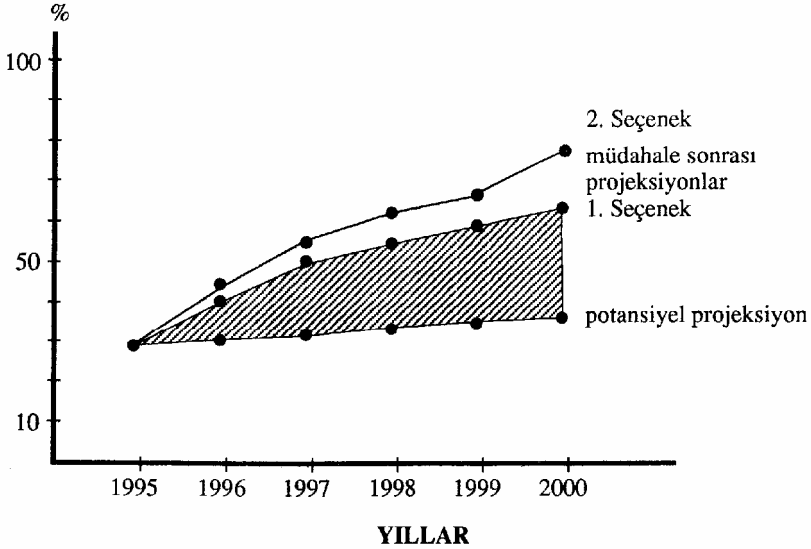
Kabul edilebilirlik: Bir hizmetin sunulmasında, hizmeti sunanlar ve alanlar olmak üzere iki taraftan söz edilebilir. Hizmetin başarıya ulaşabilmesindeki faktörlerden biri de, uygulanan hizmetlerin hem verenler hem de alanlar tarafından benimsenmiş olmasıdır. Halk benimsemediği hizmetleri kullanmaz, personel benimsemediği hizmetleri gönülden yapmaz, aksatır, hatta engelleyebilir. Planlama grubuna hizmeti alacak ve sunacakların da katılmalarının gereği budur.

Muhtemel sonuçların değerlendirilmesi: Durum belirleme aşamasında, potansiyel projeksiyonların yapılması gerektiğine değinilmişti. Bu projeksiyonlar, koşullar aynen devam ettiği takdirde, durumun gelecekte nasıl bir gelişme gösterip hangi boyuta erişeceğini gösterir. Potansiyel projeksiyon ile ortaya konulan “gelecekteki durum” tatmin edici bulunmadığı için yeni çözüm yollarına gerek duyulmuştu. Yani, gelecekteki durumun daha iyi olması için hangi stratejinin uygulanması gerektiğine karar verilecektir. Önerilen, stratejinin “gelecekteki durumu” daha iyi yapıp yapmayacağını anlayabilmek için, önerilen stratejinin uygulanması ile projeksiyonda nasıl bir değişiklik beklendiğinin de ortaya konulması (müdahale sonrası projeksiyonu) ve bu iki projeksiyonun karşılaştırılması gerekir.

Bütün çözüm seçenekleri ile bu karşılaştırma yapılmalıdır. Böylece hangi

seçeneğin en iyi sonucu sağlayacağı konusunda fikir edinilmiş olur.

Şekil 6.2. : Potansiyel ve müdahale sonrası projeksiyonların karşılaştırılmaları



Kaynaklara uygunluk: Planlama eldeki kaynakların optimum kullanımı için yapılır. Plan, eldeki ya da sağlanması muhtemel kaynaklarla sınırlı olmak zorundadır. Hiçbir plan, kaynakları kesin olarak sağlanmadan uygulanmaya konulmamalıdır. “Hele bir başlasın, kaynaklar sonra bulunur” yaklaşımı, kabul edilemez.

Planlamada bir diğer kural da , aynı sonucu mümkün olduğu kadar ucuz elde edebilmenin yollarını bulmak ve uygulamaktır. O nedenle, eğer çözüm yolları arasında diğer bütün yönleri ile (uygulanabilirlik, etkililik v.b.) eş değer olanlar varsa, maliyeti düşük olan çözümün seçilmesi doğal olanıdır. Bu nedenle, kaba planlama aşamasında, karar vermeden önce çözüm yollarının maliyetleri hakkında kaba da olsa, fikir sahibi olmak şarttır. Kesin hesaplamalar ayrıntılı planlama aşamasında yapılabilir.

Kaynak denildiğinde yalnızca parayı düşünmemek gerekir. Personel ve fizik imkanlar da kaynaklar arasında ele alınmalıdır.

Eğer, bir çözüm yolu ek insangücü gerektirecekse, bunun önceden bilinmesi gerekir. Bir insangücünün sayısı ve niteliği de bilinmelidir. Bu kişilerin mevcut

personel arasında olup olmadığı, yok ise nereden ve nasıl sağlanabileceği düşünülmelidir. Uygulama için personel eğitimine gerek olup olmadığı, gerekiyorsa, bu eğitimin muhtemel süresi, koşulları, maliyeti de düşünülmesi gereken diğer hususlardır.

Sağlık hizmetlerinin genel ilkelerine uygunluk: Sağlık hizmetleri bir bütündür. Hiçbir plan, bu bütünlüğü bozmamalıdır. Bir sorunun çözümü için düşünülen strateji, eğer sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunuşu ile ilgili genel ilkelerle bağdaşmıyorsa, o stratejiyi uygulamaya geçirilmemelidir. Aksi durumda, yeni sorunların ortaya çıkmasına yol açılmış olur.

Ön koşullar: Bazı çözüm yollarının uygulamaya konulması, daha önceki bazı işlerin gerçekleştirilmiş olmasına bağlı olabilir. Örneğin, bir önerinin uygulanabilmesi için öncelikle bir yasanın çıkartılması da planlamanın içine alınmalıdır. Ön koşulların olması, uygulamayı geciktiren ve uzatan faktörlerdir. Eğer zorunluluk yoksa, seçilecek çözüm yolunun ön koşulsuz olması tercih edilir.

Bazı stratejiler, ülkede mevcut olmayan ya da yaygın olarak kullanılmayan teknolojileri gerektirebilir. Bu teknolojiler sağlanmadan söz konusu strateji uygulanamaz.

Ölçülebilirlik: Planlamanın bir ögesinin de değerlendirme olduğu daha önce belirtilmişti. Uygulama sonucunda, önceden hedeflenen sonuçlara varılıp, varılmadığı uygulamanın başarılı olup olmadığı kesinlikle ölçülüp değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmenin hangi kriterlere göre olacağı önceden kararlaştırılmalıdır. Değerlendirmenin, mümkünse rakamsal olması gerekir. O nedenle önerilen çözüm yollarının sonuçlarının değerlendirilip değerlendirilemeyeceği ve bu işin nasıl olacağı düşünülmelidir. Değerlendirilmesi zor olan ya da mümkün olmayan öneriler tercih edilmemelidir. Çünkü, böyle önerilerin sonuçları spekülasyona açıktır; Uygulamalar değerlendirilemezse, yeniden planlama işlemi de yapılamaz.

Değerlendirme sonucunda planın düzeltilmesi söz konusu olabileceği gibi, bu plandan tümüyle vazgeçmek de söz konusu olabilir. Başarılı olunamayan uygulamalara devam etmenin bir anlamı olmaz.

Uygulamada kolaylık: Bir çözüm yolunun uygulanması ne kadar kolaysa o kadar başarılı olunabilir. O nedenle, eğer daha etkili bir yol bulunamıyorsa, uygulanması kolay olan önerileri seçmekte yarar vardır.

Ön deneme: Bazı çözüm yolları vardır ki, denemeden karar verilemez. Buna çok iyi örneklerden birisi, ülkemizde halen yürürlükte olan 2827 sayılı Aile planlaması Hakkındaki kanun ile ilgilidir.

Söz konusu kanundan önceki mevzuatta, rahim içi araç (RİA) uygulama eğitimi görmüş olan hekimlerden başka hiçbir personel RİA uygulayamazdı. Bu sınırlama önemli bir soruna yol açmaktaydı. RİA takılması gereken kadınların çoğu kırsal yörelerde iken, RİA uygulama yetkisi bulunan hekimlerin çoğu kentlerde bulunmaktaydı. Bu nedenle RİA uygulamaları istenildiği gibi yapılamıyordu.

Bu soruna çözüm yolu olarak kırsal kesimde çalışmakta olan hemşire ve ebelerin RİA uygulama konusunda eğitilip yetkilendirilmeleri önerildi. Ancak, karar verilmeden önce, bu personelin gerçekten RİA uygulamalarında başarılı olup olamayacakları kuşkusunun giderilmesi gerekti. Bu amaçla bir araştırma planlandı. Önce bir eğitim bölgesinde, daha sonra da ülkenin 10 değişik bölgesinde ebeler ve hemşireler eğitildiler ve RİA uyguladılar. Sonuçta eğitildikleri takdirde bu personelin de hekimler kadar başarılı olabilecekleri kanıtlandı. Ancak bundan sonra, söz konusu yasaya “eğitim gören ebe ve hemşirelerin RİA uygulayabilecekleri” hükmü konuldu.

Yukarıda sözü edilen araştırma bir tür hizmet araştırması (Yöneylem araştırması-Operational research) dır. Hizmet araştırmalarının hepsi verilen örnekteki gibi karmaşık olmayabilir. Önemli olan nokta, kesin karar vermeden önce denenmesi gereken uygulamaları bilimsel yaklaşımlarla test etmek ve elde edilen sonuçları tarafsızca değerlendirebilmektir. Pilot çalışma olarak bilinen uygulamalar bu amaçla yapılır.

Ancak pilot çalışmalarla ile pilot uygulamaları birbirinden ayırmak gerekir. Pilot çalışmalar değerlendirilir ve sonuçlar olumsuzsa, bu hizmetler yaygınlaştırılmaz. Pilot uygulamalar ise, bir uygulamanın bir bölgede başlatılması ve giderek diğer bölgelere yaygınlaştırılmasıdır. Örneğin, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modelinin 1963 yılında ilk kez Muş ilinde uygulanması bir pilot çalışma değil, bir pilot uygulamadır. Çünkü, Muş ilindeki sonuçlar değerlendirilmemiş, yasanın uygulanması sonraki yıllarda sırayla diğer illere yaygınlaştırılmıştır.

Kaba Planın Yazılması

Her aşamanın sonunda olduğu gibi, kaba planlama aşamasının sonunda da bir rapor yazılıp karar vericiye sunulmalıdır. Ancak, bu aşamada yazılacak raporun bazı özellikleri vardır. Bu aşama sonunda, artık planın iskeleti ortaya çıkmıştır. Bu iskelet ne kadar sağlam olursa plan da o kadar gerçekçi olacaktır. Karar verici bu rapora dayanarak, artık en önemli kararını verecek ve planın temelini oluşturan “stratejileri” belirleyecektir.

“Kaba plan dokümanı”nın, planla ilgili bütün taraflara sunulması görüşlerinin alınmasında da yarar vardır. Böylece, en gerçekçi yolun bulunmasına katkı

sağlanır ve planın uygulanışı ile ilgili koordinasyon için bir adım daha atılmış olur.

Kaba Plan Dokümanı bir özet niteliğindedir. Mümkün olduğu kadar kısa ve açık olmalıdır. Planla ilgili bütün ayrıntılara yer verilmez. Karar vericinin kolayca anlayıp yorumlayabileceği cümlelerle kaleme alınmalıdır. Karmaşık tablolara ve gereksiz ayrıntılardaki bilgilere yer verilmemelidir. Ancak, uzmanlar, sorulduğu takdirde ayrıntılarla ilgili bilgi vermeye hazırlıklı olmalıdırlar. (Bu bilgiler raporun ekinde de yer alabilir). Durum saptama aşaması ile ilgili raporun yazımı ile ilgili olarak belirtilen hususlar, kaba plan dokümanının yazımı ve sunumu içinde geçerlidir.

Bu dokümanda şu hususlara yer verilmelidir.

- a. Planlama grubuna, karar verici tarafından verilen görevin tanımlanması (işin niteliğinin açıklanması)
- b. Çalışma yönteminin açıklanması,
- c. Mevcut durumla ilgili özet bilgi,
- d. Saptanan öncelikli sorunlar ve gerekçeleri,
- e. Saptanan hedefler ve gerekçeleri,
- f. Düşünülen stratejilerin neler olduğu ve bunların her biri ile ilgili,
 - olumlu yönler (avantajlar)
 - olumsuz yönler (dezavantajlar)
 - engeller
 - güçlükler
 - maliyetler
 - uygulanabilirlik dereceleri,
- g. Çalışma grubunun (planlama uzmanlarının) önerdiği strateji ya da stratejiler ve gerekçeleri.

Stratejileri belirleyecek ve kaba plan dokümanını yazacak olan uzmanların akıllarında tutmaları gereken bir nokta vardır:

Uzmanlar yalnızca seçenekleri düşünmek ve bunlar arasından en uygun olabilecek olan ya da bir kaçını belirlemekle görevlidirler. Bu seçenekler ile ilgili kesin kararı, “karar verici” (bakan, müdür, vali v.b.) verebilecektir. Ancak, kendi görüşlerine en uygun olan seçeneği karar vericiye işaret etmek, hatta bu önerinin seçilmesi doğrultusunda etkili olmaya çalışmak da uzmanların sorumluluğudur.

Politikacılar genellikle çabuk sonuç almak isterler. O nedenle, kısa vadeli çözüm önerilerini ve böyle planları tercih edebilirler. Uzmanların bir sorumluluğu da, karar vericiyi bu konularda uyarmak ve doğru karar verilmesine yardımcı olmaktır.

Bazı uzmanlar, kendilerinin uygun bulmadıkları stratejilerden karar vericiye hiç söz etmezler, bu stratejileri onlardan saklama eğilimindedirler. Uzmanlar böyle davranmamalı, bütün seçenekleri, içtenlikle belirtmelidirler. Ancak, kendilerince uygun görülmeyen stratejileri ve bunun gerekçelerini de açıklamalıdır. Her şeye karşın son karar, karar vericiye aittir.

Karar vericinin, bütün strateji seçeneklerinin bir arada görüp değerlendirilebilmesini kolaylaştırmak amacıyla bir tablo hazırlanabilir. Bu tabloda, her seçenekle ilgili olumlu ve olumsuz yönlerle maliyet unsurlarına da yer verilmelidir. (Bkz. Tablo 6.1)

Tablo 6.1. : Strateji seçenekleri hakkında özet bilgiler

Seçeneğin tanımı	Olumlu yönleri	Olumsuz yönleri	Maliyeti
A			
B			
C			

Kaba plan dokümanı, karar vericinin görüşleri doğrultusunda değiştirilebilir. Karar verici, çalışma grubundan, bir adım geriye giderek yeniden stratejiler üretmesini ya da bazı stratejilerin uygulanabilirlikleri konularında daha ayrıntılı çalışmalar yapmasını isteyebilir. Bu işler tamamlandıktan sonra, doküman yeniden yazılır ve sunulur. Kaba plan dokümanı, yani planla ilgili stratejiler kabul edilmeden bir sonraki aşamaya geçilmez.

Bölüm 7

Dördüncü Aşama

AYRINTILI PLANLAMA

Planlama grubunun hazırlayacağı son doküman “ayrıntılı plan raporu”dur. Bu rapora, “eylem planı”, “icra programı” ya da “iş planı” gibi adlar verilmektedir.

Raporun kapsamı

Ayrıntılı plan dökümanı, planın türüne, yapıldığı yere ve planın hacmine göre farklılık gösterebilir. Ancak, bu tür raporlarda yer alması gereken ortak hususlar şunlardır.

- a. Yapılacak işlerin listesi,
- b. Her bir işin tamamlanması sonucunda elde edilmesi beklenen sonuçlar,
- c. Her işin uygulanışı sırasında karşılaşılması muhtemel sorunlar,
- d. Planın uygulanışı ile ilgili örgütlenme ve yönetim biçimi,
- e. Uygulamanın zaman çizelgesi,
- f. Her iş için gereken harcamaları da içeren ayrıntılı bütçe,
- g. Planın uygulanması ile ilgili sorumlulukların ve rollerin dağılımı, gerekiyorsa, insangücü eğitiminin nasıl yapılacağı,
- h. İzleme ve değerlendirme ile ilgili işlemler

Bu raporun ne kadar ayrıntılı olarak yazılacağına karar verilirken dikkat edilmesi gereken ilke, uygulamadan sorumlu olacak kişilere yeteri kadar esneklik sağlamaktır. Çok katı ve değişmez kuralları içeren planların uygulanışları sırasında ortaya çıkacak sorunların çözümü için uygulayıcılara duruma göre karar verme yetkisi bırakılmamıştır. Katı planlarda, planda yazılı olan kuralların dışında bir uygulama yapabilmek için uygulayıcının merkezden izin alması gerekir. Kararın merkezdeki kişilerce alınması beklenir. Oysa, uygulama yerindeki yöneticiler, çoğu zaman merkezdekilerden daha uygun karar verebilirler. Ayrıca, bu kararları hızla uygulamaya sokup zaman kaybını önleyebilirler. İşte bu nedenlerle “ayrıntılı plan dokümanı”nın hangi noktalarında katı, hangi noktalarında esnek davranılması gerektiğine karar vermek uygulama açısından önemlidir.

Raporun yazarları

Ayrıntılı plan dokümanı, planlama çalışma grubu tarafından yazılabileceği gibi, bir “alt komisyon” tarafından da yazılabilir. Tek bir grup tarafından yazılabilir ya da birkaç grup tarafından parça parça yazıldıktan sonra bir komisyon tarafından birleştirilebilir. Eğer, planın değişik yönleri değişik uzmanlık dalları ile ilişkili ise, bu bölümlerin ilgili uzmanlarca yazıldıktan sonra birleştirilmesinde yarar düşünülebilir. Böyle yapılırsa, raporun farklı bölümleri arasında uyumsuzlukların ya da çelişkilerin olmamasına dikkat etmek gerekir. Farklı alt grupların yazımı ile raporun daha hızlı olarak tamamlanması sağlanabilir.

Ayrıntılı plan raporu merkezdeki planlama ekibi tarafından yazılabileceği gibi, uygulama noktalarında da yazılabilir. Örneğin, Sağlık Bakanlığı tarafından bir hastalığın kontrolü ile ilgili olarak hazırlanan bir “kaba plan”ın ayrıntılı planlaması illerdeki sağlık müdürlükleri tarafından yazılabilir. Böylece, iş planının (ayrıntılı plan) yerel koşullara uygunluğu daha iyi sağlanabilir.

Nerede ve kim tarafından yazılırsa yazılsın, ayrıntılı plan dokümanı yazılırken uygulayıcılar da ekipte yer almalı ya da onların görüşleri de dikkate alınmalıdır.

Yapılacak işlerin tanımı

Bir planda iki türlü iş olabilir: a. Süreli işler, b. Sürekli işler

Süreli (miadlı) işler, başlanıp tamamlanan işlerdir. Bunlar daha çok sağlık hizmetlerini geliştirmeye, kalkındırmaya yönelik işlerdir. Örneğin, bir hastanenin yapımı, soğuk zincirin kurulması, meslek okullarının açılması gibi işler başladıktan sonra bir süre içinde tamamlanan işlerdir.

Sürekli işler ise, bir süre ile sınırlı olmayan ve hep yapılan işlerdir. Bunlar daha çok, süreli işlerin tamamlanmasını izlerler. Örneğin, bir hastanenin verimli çalıştırılması, aşılama hizmetlerinin uygun biçimde sürdürülmesi, soğuk zincirin korunması, okullarda personel yetiştirilmesi gibi işler sürekli işlerdir.

Bazı işlerin süreli mi, yoksa sürekli mi olduğuna karar vermek zor olabilir. Örneğin, meslek okullarına öğrenci kayıt etmek, belli bir dönem için söz konusu ise süreli bir iştir. Fakat, okula her yıl öğrenci kayıtlarına devam edilecekse, sürekli yapılan bir iş demektir.

İşleri, süreli ve sürekli olarak ayırmak, her iş için gereken bütçenin hesaplanmasında kolaylık sağlar. Süreli işler için bütçenin yatırım fasıllarında, sürekli işler için işletme fasıllarından para ayrılır. Ayrıca, süreli ve sürekli işlerin bilinmesi, personelin görevlendirilmeleri için de gerekli olabilir.

Yapılacak işlerin neler olacağına karar verirken, kaba plandan yola çıkmalıdır. Kaba plan raporunda belirtilen stratejiler teker teker ele alınarak, bunları gerçekleştirmek için hangi işlerin yapılması gerektiği düşünülmelidir. Bunu yapmak her zaman kolay olmaz. Bu konuda P.E.R.T. yönetiminden yararlanabilir.

PERT yöntemi

Bu kısaltma İngilizce’de “Programme Evaluation and Review Technique” (Program Geliştirme ve Gözden Geçirme Tekniği) olarak bilinen bir planlama yöntemi için kullanılır.

PERT yönteminin en belirgin özelliği, geriye doğru düşünmedir. Çünkü, bir hedefe varmak için yapılacak işleri (eylemleri) ilk eylemden başlayarak son eyleme doğru sıralamak zordur. Baştan sona doğru sıralanırken bazı eylemler gözden kaçabilir, unutulabilir. Oysa son eylemden ilk eyleme doğru düşünüldüğünde daha az hata yapılır, hatta hemen hiçbir eylem gözden kaçmaz. Geriye doğru düşünürken, insan aklı, aradaki bazı eylemleri atlamaz.

Buna göre önce hedefi bilmek gerekecektir. Hedef, yapılacak eylemlerin en sonuncusu tamamlandığında elde edilecek sonuç demektir. İşte, bu son eylemden başlayarak adım adım, ilk eyleme kadar gidilirse, söz konusu hedefe varmak için gereken eylemlerin sayısı ve sırası ortaya çıkmış olur.

Örneğin, bir hastaya kalça adelesinden ilaç enjeksiyonu yapılması için hangi eylemlerin (olguların) gerektiğine göz atalım.

20. Hasta giyindi (son olgu)
 19. Hasta ayağa kalktı
 18. Enjeksiyon yapılan yere kompres uygulandı
 17. Enjektör adaleden çekildi
 16. İlaç enjekte edildi
 15. Kan gelip gelmediği kontrol edildi
 14. İğne adaleye batırıldı
 13. Kalçada enjeksiyon yeri alkolle dezenfekte edildi
 12. İlaç enjektöre çekildi
 11. Flakon alkolle dezenfekte edildi
 10. Alkollü pamuk ele alındı
 9. İlaç falakonu ele alındı
 8. İğne enjektöre yerleştirildi
 7. İğne ele alındı
 6. Enjektör ele alındı
 5. Hasta muayene masasına yattı
-

4. Enjektörün ambalajı yırtıldı
3. Hastaya kalçasını açıp muayene masasına yatması söylendi
2. Enjeksiyon uygulaması başladı
1. Hasta sağlık ocağına geldi (ilk olgu)

Görüldüğü gibi, hastaya kalça adalesinden bir ilacın enjeksiyonu için 20 eylem yapmak gerekmektedir. (Daha ayrıntılı düşünülürse, bu eylemlerin daha fazla olduğu görülecektir) Bu eylemlerin bazılarını ardarda yapmak gerekir. Yani, bazı eylemler tamamlanmadan bir sonraki başlayamaz. Bir sonraki eylem bir öncekine bağımlıdır. Örneğin, iğnenin adale içine sokulma eylemi yapılmadan ilacın enjekte edilme eylemi yapılamaz. Öte yandan, bazı eylemler vardır ki, eş zamanlı olarak yapılabilir. Örneğin, hekim enjektöre ilacı çekme eylemleri ile meşgul olduğu sırada, hasta soyunarak muayene masası üzerine uzanabilir. O halde, enjektöre ilaç çekme eylemleri ile soyunma eylemleri birbirine bağımlı ve birbirini izlemesi gerekli eylemler değildir.

O halde bazı eylemler mutlak olarak birbirine bağımlıdır. Bazı eylemler ise, yeni düzenlemeler yapıldığında bağımlı olmaktan kurtulabilirler ve eş zamanlı olarak yapılabilirler. Böylece, zamandan tasarruf edebilir ve hedefe daha erken varılabilir.

İşte, PERT yönteminin bir diğer özelliği de, her eylemin ne kadar zamanda yapılabileceğini kestirmek ve böylece hedefe ne kadar süre içinde varılabileceğini hesaplayabilmektir. Eylemlerin süreleri ne kadar kesin olarak tahmin edilebilirse, toplam sürenin tahmini de o kadar kesin olabilir.

Ancak bazı eylemler vardır ki, bir işin yapılmasında vazgeçilmez eylemlerdir. Bunlara kritik eylemler denilir. Bunlar, işin bütünü içinde dönüm noktalarını oluştururlar. Bu eylemler yapılmadan, diğer eylemleri ne kadar erken tamamlarsanız tamamlayın, bir işe yaramaz ya da işin toplam süresini kısaltamazsınız. Örneğin, hastanın kalçasını açması ve enjeksiyon için hazır duruma gelmesi kritik bir eylemdir. Eğer hasta bu eylemi yapmazsa, diğer eylemlerin hepsi de en hızlı şekilde tamamlanmış olsa bile, enjeksiyon işlemi bitirilemez.

Bir eylemin ne kadar sürede tamamlanabileceğini tahmin etmek her zaman kolay değildir. Bu tahminler değişik yöntemlerle yapılabilir.

1. Olsa olsa yöntemi: Burada planlamacı, bir eylemin süresini kendi deneyimleri ya da görüşü doğrultusunda tahmin etmeye çalışır ya da bildiğini tahmin ettiği kişilerin görüşlerini alır. Örneğin, kendisine yapılmış olan ilaç enjeksiyonlarını göz önüne getirerek buradaki eylemlerin sürelerini tahmin edebilir. Bu tahminler

her zaman doğru olmasa da basit ve kritik olmayan eylemlerin tahminleri bu şekilde yapılabilir.

2. İş etüdü yöntemi: İş etüdü (Work analysis: Time and motion study) bir eylemin ne kadar sürede yapılabileceğini en doğru biçimde tahmin etmenin yoludur. Bu yöntemin temeli, o eylemi yapanları izleyerek ya da o kişilere süre kayıtları yaptırılarak bir eylemin süresini bulmaktır. İki biçimde yapılabilir:

- a. Araştırmacı, iş yapan kişiyi (ya da kişileri) gözler. İşin başlama ve bitiş zamanlarını kayıt eder. Yeterli sayıda izlem yaptıktan sonra, bunların ortalamasını alır. Bu süre o eylemin (işin) yapılabilme süresi olarak kabul edilir. Eğer, bu sürenin hesaplanması çok kesinlik istiyorsa, ya da en az ne kadar sürede yapılabileceği bilinmek isteniyorsa, farklı kişilerin izlenmesinde ve fazla sayıda gözlem yapılmasında yarar vardır.
- b. İş yapanlara bir form verilerek, işe başlama ve bitirme zamanlarını kayıt etmeleri istenir. Bu kayıtlardan yararlanılarak süre hesaplamaları yapılır.

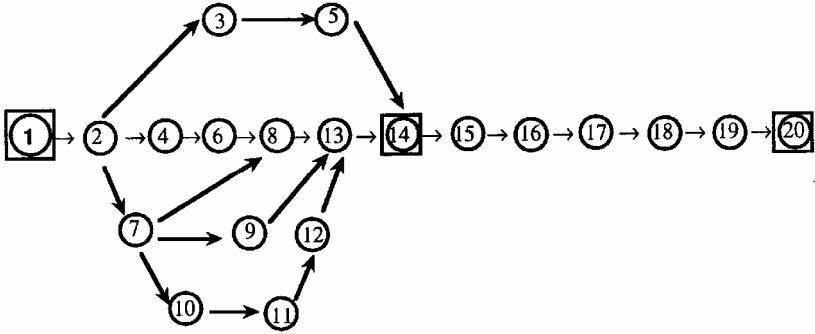
Yukarıda açıklandığı gibi, bir işin yapılmasındaki eylemleri, bunların sıralarını, sürelerini, hangilerinin eş zamanlı, hangilerinin bağımlı ve hangilerinin kritik olduklarını gösteren bir çizelge hazırlanır. Buna “PERT Çizelgesi” denir. Yukarı- da verilen örneğe ait bir PERT çizelgesi Şekil 7.1’de gösterilmiştir.

Bu çizelgede eylemler dört yoldan yapılmaktadır. Birinci yol hastanın soyunması ile ilgilidir. İkinci yol, hekimin ilacı enjektöre çekişi ve hastaya enjekte edişi ile ilgili eylemleri kapsamaktadır. Üçüncü ve dördüncü yollar ise hemşirenin alkollü pamuğu hazırlaması eylemlerini göstermektedir.

Çizelgede, bütün işlemi başlatan eylem (1 nolu olgu) hastanın enjeksiyon olmak üzere sağlık ocağına başvurmasıdır. Buna başlatan olgu denilir. Yani, bütün işlemler bu olgu ile başlamaktadır. İşin tamamlandığı noktada görülen “giyindi” olgusu (20 nolu olgu) “bitiş” olgusudur. Bu iki olgu arasındaki bütün olgulara ara olgular denilir.

Bir projenin ilk olgusundan son olgusuna kadar uzanan eylem sıraları içinde zaman yönünden en uzun olanına “Kritik Yol” denir. Kritik yol projenin bitirileceği en uzun süreyi ifade eder. Kritik yol ne kadar kısaltılabilirse, projenin o kadar erken bitirilmesi mümkün olur.

Şekil 7.1. : PERT Çizelgesi (*)



(*): Olgu numaraları, daha önce açıklanan eylem sıralanışına göre verilmiştir.

İşlerin organizasyonu

Eylemlerin neler olduğu kesin olarak belirlendikten sonra yapılması gereken şey bu işleri organize etmektir. Bunun anlamı, hangi işin, kim tarafından, ne zaman, nerede ve nasıl yapılacağıının belirlenmesidir.

Bu belirlemede iş matrisi denilen bir tablodan yararlanır. Bu tabloda, yapılması gereken işler (eylemler) tablonun satırlarına yazılır. Tablonun kolon kısmına ise kim, nerede, ne zaman, nasıl soruları ile ilgili başlıkları yerleştirilir. Eylemle, bu soruların keşistikleri kutulardaki bilgiler, uygulayıcılara rehber olacaktır.

Tablo 7.1: İş Matrisi Tablosu

Eylemin adı	Süresi		Yapılacağı Yer	Sorumlu Yönetici	Uygulayan personel	Bir sonraki eylem	Notlar
	Başlama zamanı	Bitiş zamanı					
A							
B							
C							

Destek programları

Planlama işlerinin bir parçası da öngörülen işlerin gerçekleştirilebilmesi için gereken “yan işlerin” düşünülüp planlanmasıdır. Bunlara “destek planlar” da denilir.

Destek planlar plandan plana değişmekle birlikte, hemen her plan için şu destek planlar gerekir:

İnsangücü: Bir planın uygulanabilmesi için gereken insangücünün türlerini, sayılarını, niteliklerini, çalışma esaslarını, eğitim gerekiyorsa, bunun nasıl olacağını açıklayan programdır.

Fizik altyapı: Planın uygulanışı için gereken binaların yapımı, kiralanması, bağış olarak sağlanması gibi işleri açıklayan programdır.

Araç-gereç: Uygulama için gerekecek olan araç-gerecin türlerini, miktarlarını, nerelerden sağlanacaklarını, niteliklerini, bakımlarını, bitenlerin nasıl sağlanacağını (lojistik) açıklayan programdır.

Kayıtlar: Uygulama sırasında tutulması gereken kayıtların neler olduğunu, bunların kimler tarafından ve nasıl tutulacağını açıklayan programdır.

Yönetim ve iletişim: Planı uygulayanların astlık üstlük ilişkilerini ve birbirleri ile nasıl iletişim kuracaklarını açıklayan programdır.

Bütçeleme: Her eylemin teker teker kaç mal olacağını gösteren, bu paraların ne zaman, nasıl ve kimler tarafından harcanabileceğini gösteren programdır.

Plan Dökümanı

Eylem planları ve destek planlar tamamlandıktan sonra, planlama işleminin uygulama aşamasına gelinmiştir. Bu noktada yapılması gereken şey, uygulamacılara rehber olmak üzere bir plan dokümanı yazmaktır. Bu doküman planın türüne ve kapsamına göre çok farklı biçimlerde yazılabilir. Ancak, bütün plan dokümanlarında planın gerekçesi, mevcut durumla ilgili genel bilgiler, plan hedefleri, seçilen strateji ve seçilme gerekçeleri, izleme ve değerlendirme kriterleri, eylem planı ve destek planlar yer almalıdır.

Plan dokümanının başına ya da son bölümüne bir özet eklemekte yarar vardır.

Bölüm 8

Beşinci Aşama

UYGULAMALARI İZLEME VE YENİDEN YAPILANMA

Bir planın uygulanması, yönetimin genel kuralları ve ilkeleri doğrultusunda sürdürülür. Aslında, bir sağlık yöneticisinin günlük olarak yaptığı işler de birer planın uygulamaları olarak kabul edilebilir. Çünkü, sağlık hizmetlerinin her bir ögesi bir planın uygulaması demektir. Aşılama, hastalık kontrolları, gebelerin izlenmesi, halkın sağlık eğitimi gibi her gün yapılagelen işler, mevzuatlarla ya da emirlerle uygulanmaya geçirilmiş planlardır.

Uygulamayı kısıtlayan faktörler

Planlar uygulanmak üzere yapılırlar. Fakat, uygulamalarda bazı güçlüklerle karşılaşılması kaçınılmazdır. Bu güçlükler nedeniyle bazı planları uygulamak ya hiç ya da kısmen mümkün olmayabilir.

Planlar, belirsizlikler üzerine kurulur. Gelecekte nelerin olacağı, hangi koşulların ortaya çıkacağı hiçbir zaman ve hiçbir kimse tarafından tam olarak tahmin edilemez. O nedenle, hangi plan olursa olsun, uygulanmaya başlandıktan sonra beklenmedik sorunlarla karşılaşılabilir. Aslında, bu sorunların bazılarının ortaya çıkabileceği önceden tahmin edilebilir. Önemli olan, ortaya çıkabilecek sorunların neler olabileceğini mümkün olduğu kadar tahmin edebilmek ve gereken önlemleri önceden alabilmektir.

Planın uygulanmasını sınırlayan faktörler şunlar olabilir:

1. Planın gerçeklere uygun olmayışı,
 2. İlgili diğer planlarla uyumsuzluk,
 3. Katı kurallar nedeniyle esnek davranmama,
 4. Hedeflerde, stratejilerde sık yapılan değişiklikler sonucu planın temel ilkelerinin bozulması,
 5. Teknik ve yönetsel denetim mekanizmalarının iyi kurulamamış olması,
-

6. Koordinasyon mekanizmalarının iyi kurulamamış olması,
7. Yöneticilerin yetersizlikleri,
8. Personelin planda öngörülenleri benimsememesi,
9. Hizmeti alanların (halkın) planda öngörülenleri benimsememesi,
10. Öngörülen bütçe, insangücü, araç-gereç, fizik yapı gibi altyapının ve kaynakların sağlanamaması,
11. Değerlendirme işleminin yapılmaması ya da geç yapılması sonucu gerekli düzeltmelerin yapılamaması.

Bu faktörlerin ortadan kaldırılmaları, sorunun niteliği ile ilgilidir. Bunların bir kısmı, koordinasyon, denetim, hizmet içi eğitim gibi yönetim ilkelerinin iyi işletilmesi ile ortadan kaldırılabilir. Ancak, planın kendisi ile ilgili olan bazı faktörler vardır ki, bunlar ancak uygulamaların yakından izlenip değerlendirilmeleri ve planda gereken değişiklikleri sağlamak ile mümkün olabilir.

Planın uygulanmasındaki aksaklıkların bazıları, uygulayıcı personelin planla ilgili eğitimlerinin yetersizliğidir. Yeni bir uygulamaya başlamadan önce, o uygulamanın her kademesinde görev alacak olan kişilerin mutlaka bilgilendirilmeleri gerekir. Bu amaçla, personel toplantıları, yazılı açıklamalar v.b. eğitim yollarına baş vurulabilir. Çok önemli bir nokta, her personelin neyi, nasıl, nerede, kim ile birlikte, ne zaman ve neden yapmaları gerektiği konularında bütün ayrıntılarıyla bilgilendirilmeleridir. Bu açıklamalar arasında en önemlisi neden bu işi yapmaları gerektiğidir. Çünkü, bir işi neden yaptığını bilmeden ya da yaptığı için gerekliliğinden kuşkusu olan kişiler verimli çalışamazlar.

Personel arasında yöneticilerin ayrı bir önemi vardır. Herkesten önce, planın uygulanmasında yönetici olarak görev alacak kişilerin eğitilmeleri gerekir. Planlama ekibinin oluşturulması ile ilgili bölümde de açıklandığı gibi, planı uygulayacak olanların ekipte yer almalarının bir gerekçesi de budur. Böylece, uygulayıcı yöneticiler, planlamanın ta başından beri planlama işleminin içinde yer alırlar ve aynı zamanda eğitilmiş olurlar.

Planın uygulanması geniş bir bölge de yapılacaksa, eğitimler kademeli olarak yapılabilir. Örneğin, ülke çapında uygulanacak planlarda, Sağlık Bakanlığı il sorumlularını, onlar da ilçe ve sağlık ocağı sorumlularını eğitebilirler. İl içindeki uygulamalarda örneğin il merkezinde sağlık ocağı hekimleri eğitilir. Ocak hekimleri de kendi ocaklarındaki diğer personeli eğitebilirler.

Personel eğitiminin bir yolu da denetimlerdir. Bilindiği gibi çağdaş anlamda denetim, işleri yoluna koymak için yapılır. Eğer işlerin aksamasına neden olan faktör personelin yeterli bilgiye sahip olmayışı olarak saptanırsa, işleri düzeltmek için personelin eğitilmesi gerekecek demektir. O nedenle, çağdaş anlamda

denetim kavramının içinde “hizmet içi eğitim” kavramını da düşünmek gerekir.

Hizmeti sunanlar (personel) yeni bir uygulamaya başladıklarında, genellikle dört evre geçirirler:

1. Endişe dönemi: Yeni bir uygulamaya karşı personelin ilk tepkisi endişedir. Kendi kendine “şimdi ne olacak?” sorusunun cevabını arar. Yeni uygulama içinde kendisinin konumunun devam edip etmeyeceğinden endişe duyabilir. Şimdiye kadar yapmakta olduğu işlerin ve başardıklarının yok olup gideceği endişesine kapılır.

2. Şaşkınlık dönemi: Endişe dönemi genellikle kısa sürer. Bunun arkasından şaşkınlık dönemi başlar. Kendi kendine “şimdi ne yapacağım” “Nasıl yapacağım”, “Neden yapmalıyım?” gibi sorular sorar. Yeni durumu tam olarak kavramış değildir.

3. İnanma dönemi: Şaşkınlık dönemini atlattıktan sonra, yeni uygulamaları anlamaya, kavramaya ve inanmaya başlar. Kendisinin de katkısının olabileceğine inanır. Yeniliği benimsemeye başlar.

4. Olgunluk dönemi: Artık, yeni uygulamayı tam olarak öğrenmiş, kavramış ve benimsemiştir. Deneyim kazanmıştır. Uygulamada zorluk çekmez, diğer personele yardım edebilir. Çalışmaları artık verimlidir.

Bir planın uygulaması da, personelde yukarıda açıklanan tepkilere yol açabilir. O nedenle, yöneticiler, bu olguyu bilerek, personele zaman tanımalı ve olgunluk dönemine bir an önce ulaşmalarına yardımcı olmaya çalışmalıdır. İlk üç tepki dönemi, deyim yerinde ise enfeksiyöz hastalıkların kuluçka dönemlerine benzetilebilir. Gerek yöneticiler, gerekse diğer personelin, yeni duruma uyum sağlayabilmek için süreye ihtiyaçları vardır.

İzleme ve değerlendirme kriterleri

Planların dinamik oldukları daha önce belirtilmişti. Hiçbir plan ilk yazıldığı biçimi ile kalmaz. Uygulamada elde edilen sonuçlara ve karşılaşılan sorunlara göre az ya da çok değişikliklere uğrar. Değiştirilmez ve iyileştirilmezlerse, başarılı olunamazlar. Bunu sağlamanın tek yolu, uygulamaların izlenip değerlendirilmesidir.

Plan hedeflerine varılıp varılmadığının hangi kriterleri kullanarak anlaşılacağı, planlamanın ilk aşamalarında belirlenmelidir. Kaba planlama yapılırken ya da ayrıntılı planlama aşamasında, seçilen stratejinin hangi durumlarda başarıya ulaşmış hangi durumlarda başarısız kabul edileceği belirlenmelidir. Eğer, plan

dokümanında bu hususlara yeterince değinilmemişse, bu kriterlerin uygulama aşamasında belirlenmesi gerekecektir.

Bu kriterlerin ölçülebilir (rakamsal) olmaları tercih edilir. Aksi durumda, değerlendirmeler, spekülatif olur ve kişiden kişiye değişir. Bunların neler olabileceği elbette, planın konusu ile ilgilidir. Bu kriterlerin doğru ve uygun seçilmiş olmaları çok önemlidir. Örneğin, bir aşılama programının başarısı için “harcanan aşırı dozu” uygun ve doğru bir kriter değildir. Onun yerine “hedef toplumda erişilen bağışıklık oranı” daha uygun ve doğru bir değerlendirme kriteri olabilir.

İzleme kriterleri iki grupta toplanabilir: 1. Planın hedeflerine ulaşmasını (ya da yaklaşmasını) ölçen kriterler; 2. Personelin verimliliğini (performansını) ölçen kriterler.

Birinci gruptaki kriterler, planda değişiklikler yapılması gerekip gerekmediğini gösteren bulguları ölçebilmek içindir. İkinci gruptaki kriterler ise, planın uygulanması sırasında yapılması gereken günlük (rutin) denetimler amacıyla kullanılırlar. İkinci gruptaki kriterlerde saptanacak olumsuzluklar, çoğu zaman planda değişiklikler yapılması gerektiğini değil, personelin daha verimli çalıştırılması gerektiğini ortaya koyar.

Bilgi akışı

Bilginin, uygulama birimlerinden yönetim birimlerine doğru olması doğaldır. Ancak, yönetim birimlerinden geriye dönüşü (feedback) olmayan bilgilerin uygulamaya yansımaları da olmaz. Yani, bilgi akışı aslında çift yönlüdür. Bilgiyi toplayıp üst kademelere gönderen kişilerin (uygulayıcıların) gönderdikleri bilginin işe yaradıkları ve kullandıklarını görmeleri onları güdüler, daha verimli çalışmalarını teşvik eder.

Bilgi akışının düzenli ve yazılı olması esastır. Bunun için, plan dokümanında bilgilerin hangi sıklıkla toplanacağı belirtilmelidir. Bu amaçla kullanılmak üzere bilgi formları düzenlenebilir ve personelin bu formları istenilen aralıklarla doldurup göndermeleri istenebilir.

Bazı uygulamaların sonuçlarını daha iyi değerlendirebilmek için araştırmalar yapılması gerekebilir. Örneğin, aile planlaması yöntemi kullanan ailelerin oranlarını arttırmayı amaçlayan bir planın başarısını ölçebilmek için, toplumdaki ailelerden ne kadarının aile planlaması yöntemi kullandıklarının bilinmesi gerekir. Bu oran, hizmet kayıtları ile ölçülebileceği gibi ,epidemiolojik araştırma yöntemleri ile de ölçülebilir. Hatta, araştırmalar daha doğru sonuçlar verebilir.

Bu tür araştırmalarda planın uygulanmaya konulmasından önceki durumu bilmek gerekir. Aksi takdirde, uygulama sonrası ile öncesinin değerleri karşılaştırılmaz ve planın başarılı olup olmadığı konusunda yorum yapılamaz. O nedenle, eğer planın değerlendirilmesi araştırma yolu ile yapılacaksa, planın uygulamaya konulmasından önce (müdahaleden önce) o toplumda bir “başlangıç öncesi durum saptama araştırması” yapılması unutulmamalıdır. Aynı araştırma yöntemi ile uygulama sonrasında bir durum saptanması yapıp iki araştırmanın sonuçları karşılaştırılır ve planın başarısı hakkında yorumlar yapılabilir. Bu tür araştırma yöntemine “müdahale araştırması” (intervention study; before and after study) denir.

Yeniden planlama

Yeniden planlama (replanning) demek, uygulanmakta olan bir planın saptanan aksaklıklarının giderilmesi ya da planın ilk hazırlandığı tarihten sonra ortaya çıkan yeni durumlara göre değiştirilmesi, güncelleştirilmesi ve iyileştirilmesi demektir.

Yeniden planlama işleminin planın orijinalini yapanlar tarafından yapılması en uygundur. Ancak, bu kural değildir. Gereken düzeltmeler yerel ekipler (uygulayıcılar) tarafından da yapılabilir. Nasıl ki bir kentten bir başka kente gitmekte olan bir aracın sürücüsü, eğer ana yolda bir tıkanıklık olduğunda hangi yan yolları kullanacağına karar veriyorsa, planı uygulayan yöneticinin de karar verme esnekliğinin olması gerekir. Ancak, yetkinin merkezdeki otoriteden alınması gerekebilir.

Planı uygulamakla sorumlu olan yönetim kademelerinde, veri toplama ve bilgileri değerlendirme ile ilgili bir birimin bulunması iyi olur. Her ildeki sağlık müdürlüğü bünyesinde epidemiyoloji ve istatistik şubelerinin bulunması bu nedenledir. Bu şubelerin var olması yeterli değildir. Önemli olan bu şubelerin iyi çalıştırılmalarıdır.

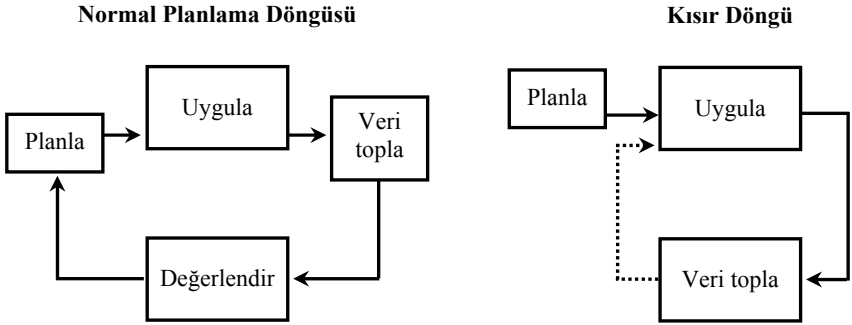
Yeniden yapılanma gereği, uygulamada saptanacak aksaklıklara bağlı olduğu için hangi sıklıkla yapılacağını önceden kestirmek güçtür. Fakat bir çok planda, yeniden planlama süreleri önceden belirlenmiştir. Örneğin, bazı plan dokümanlarında, pilot uygulama yapılacağı ve bu dönemin sonunda yapılacak değerlendirmelere göre planda değişikler yapılabileceği yazılıdır. Bunun gibi, planlarda periyodik değerlendirmeler ve yeniden planlamalar öngörölmüş olabilir.

Yeniden planlama işleminin aşamaları, ilk planlama işleminde olduğu gibidir. Önce durum saptaması yapılır., sonra değiştirilmesi gereken stratejiler ya da eylemler belirlenir, daha sonra bunların yerine uygulanması muhtemel strateji ve eylem seçenekleri düşünölür ve bunlar arasından seçim yapılır. Bundan sonra yeni

planın ayrıntılı eylem programları yapıp uygulanmaya konulur. Bu uygulamalarda izlenip değerlendirilir.

Daha önce de belirtildiği gibi, planlama işlemi, planın yapılışı-uygulanışı-değerlendirilmesi-yeniden planlanması öğelerinden oluşan bir döngüdür. Ancak, uygulamanın izlenmesi sırasında toplanan veriler değerlendirilmez ve yeniden planlama amacıyla kullanılmazsa bu döngü bir kısır döngüye dönüşür. Uygulamaların izlenmesi çabalarının bir anlamı kalmaz. (Bkz. Şekil 8.1)

Şekil 8.1. : Planlama döngüsü



Son değerlendirme

Plan, süreli bir plansa, yani belirli bir hedefe ulaştıktan sonra uygulamadan kaldırılacaksa, bitiş sonrasında bir son değerlendirme yapılmalıdır. Proje niteliğindeki bir çok plan böyledir. Başlama ve bitiş zamanları önceden belirlenmiştir.

Son değerlendirme işlemi, çoğu zaman ihmal edilen bir konudur. Plan uygulanıp tamamlandıktan sonra, personelde bir gevşeme ve ilgisizlik dönemi başlar. Oysa, son değerlendirme yapılmazsa, ilerideki planlamalara ışık tutacak çok önemli bir fırsat kaçırılmış olur.

Son değerlendirme ile hızlanacak raporda, planın amaçları, stratejileri, uygulanışı ve elde edilen sonuçlara yer verilmeli, ayrıca karşılaşılan sorunlar ve bunların nasıl giderildiği de açıklanmalıdır. Böylece, bir sonraki planlama için çok önemli ip uçları elde edilmiş olur.

KAYNAKLAR

1. Hodgetts, R.M., Cassio, D.M. Modern Health Care Administration Academic Press, San Diago, 1983.
 2. Austin, C.J. Information Sysyems for Health Services Administration, Third Ed., Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan 1988.
 3. Brotherson, G.D., et al. Planning of Health Services and tehe Health Team: (Hobson, W. (Ed.) The Theory and Practice of Public Health Fifth ed., Oxford University Press, New York, 10979.
 4. Bainbridge, J. Sapirie, S. Health Project Management-Manual of Procedures for Formulating and Implementing Health Projects, Word Health Organization, Geneva, 1974.
 5. -----, Broad Programming as a Part of the Managerial Processs for National Health Development, World Health Organisation, MPNHD/81.3, Geneva, 1981.
 6. -----, Detailed Programming as a Part of the Managerial Processs for National Health Development, World Health Organisation, MPNHD/81.4, Geneva, 1981.
 7. -----, Programme Implementation as a Part of the Managerial Processs for National Health Development, World Health Organisation, MPNHD/81.5, Geneva, 1981.
 8. Bergwall, D.F., Reeves, P.N., Woodside, N.B. Introduction to Planning, Information Resources Press, Washington D.C., 1974.
 9. Hornby, P. et al, Guidelines for Health Manpower Planning, World Health Organisation, Geneva, 1980.
 10. Hyman, H.H. Health Planning-A Systemetic Approach, An Aspenublication, Germantown, Maryland, 1975.
 11. Green, A. An Introduction to Health Planning in Developing Countries, Oxford Medical Publications, Oxford University Press, Oxford, 1992.
 12. Reinke, W.A. Health Planning for Effective Management, Oxford University Press, New York, 1988.
-

-
13. Blum, H.L. Planning for Health-Development and Application of Social Change Theory, Human Sciences Press, New York, 1974.
 14. Hankon, J.J. Public Health Administration and Practice, Sixth ed., The Mosby Company, Saint Louis, 1974.
 15. Kunst, A.E., Mackenbach, J.P. Measuring Socio-economic Inequalities in Health, World Health Organisation EURO, EUR/ICP/RPD 416, Copenhagen, 1994.
 16. Wren, G.R. Modern Health Administration, University of Georgia Press, Athens, 1977.
 17. -----, Interrelationships Between Health Programmes and Socioeconomic Development, World Health Organisation, Public Health Papers 49, Geneva, 1973.
 18. Hall T.L., Mejia, A. Health Manpower Planning, World Health Organisation, Geneva, 1978.
 19. -----, Planning and Management for Health, World Health Organisation EURO Reports and Studies 102, The Hague, 1984.
 20. Chambers, L.W. et al. Guide to Health Needs Assessment: A Critique of Available Sources of Health and Health Care Information, The Canadian Public Health Association, 1983.
 21. Willoughby, N. Incredibly Easy Project Management, NVVM Ltd. Victoria, Canada, 1993.
 22. -----, Health Planning and Management-Report on a WHO Meeting, World Health Organisation EURO ICP/SPO 028, Athens, 1981.
 23. -----, Planning and Programming for Nursing Services, World Health Organisation, Public Health Papers 44, Geneva, 1971.
 24. Eren, N. Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Hatiboğlu Yayınları, Ankara, 1989.
 25. Benli, D., Özalp, H. Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Somgür Yayıncılık, Ankara, 1994.
 26. Ak, B. Hastane Yöneticiliği, Özkan Matbaacılık, Ankara, 1990.
-

-
27. Bertan, M., Enünlü, T. (Çev.) Bölge Sağlık Yönetiminde Epidemiyoloji El Kitabı, H.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 1990.
 28. Öztekin, Z. (Çev.) Epidemiyolojide Araştırma Planlaması-Clark-Omran Sistemi, H.Ü. Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını No: 15, Ankara, 1980.
 29. Pendreigh, D. The Management and Planning of Health Services, World Health Organisation EURO/RC32/Tech.Disc./1, Copenhagen, 1982.
 1. Robertson, J. Senarios for Lifestyles and Health, World Health Organisation EURO, ICP/GPf008(2)/6, Oslo, 1983.
 31. -----, Staff Appraisal Report-Jamaica-Population and Health Project, The World Bank, 1987.
 32. -----, Planlama, Devlet Planlama Yayını No:3, 1973.
 33. Tan, T., Planlamanın Hukuki Düzeni, Türkiye-Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayını No: 154, Ankara, 1974.
 34. Eren, N., (Çev.), Bir Planlama Aracı Olarak PERT, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını No: E-P.01, İkinci Baskı, Ankara, 1992.
 35. -----, Summary Report-Symposium on Health Monitoring Systems and Epidemiology as a Basis for Health Policy Decisions, World Health Organisation, EUR/ICP/HST 123 (S), Kiel, 1989.
-

EKLER

Bu bölümde, planlama ile ilgili iki örnek verilecektir.

Birinci örnek, bir il sağlık müdürlüğü düzeyinde, aile planlaması hizmetlerinin geliştirilmesi ve planlama yöntemi kullanan ailelerin oranını arttırmayı hedefleyen bir plan çalışmasının nasıl olabileceğini açıklamaktadır.

İkinci örnek ise, bir sağlık ocağında, aşılama hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik planlama çalışmasını ele almaktadır.

Bu örnekler, tamamen hayal ürünüdür ve planlama aşamalarında neler yapılabileceğini açıklamaya yöneliktir. Bu açıklamaları birer kural gibi görmemek gerekir. Çünkü her planın kendine özgü koşulları vardır ve hazırlanışlarında birbirlerine göre farklı yönler olması doğaldır.

EK 1

ÖRNEK 1

Konu: Sağlık Bakanlığından A ili valiliğine gönderilen bir emirle, bu ilde aile planlaması yöntemi kullanan ailelerin oranının yükseltilmesi için uygulamalar yapılması istenilmektedir. Bu iş için bir plan hazırlanması gerektiği ilin valisi tarafından kararlaştırılmıştır.

AŞAMA 1

Planlamanın planlanması

Görevlendirme: Bu örnekte, planlama çalışması yönünden karar verici makam valiliktir ve plan çalışmalarının valinin başlatması gerekir. Valinin, önce planlama çalışmalarından sorumlu olacak kişiyi belirlemesi, daha sonra da planlama ekibini oluşturması gerekmektedir.

Planlama çalışmalarından sorumlu olması en uygun kişi il sağlık müdürü'dür. Vali, il sağlık müdürü ile bir görüşme yapar. İlk görüşmede, Bakanlıktan gelen yazılı bir kez de birlikte okur ve yorumlarlar. Anlaşılmayan noktalar ya da farklı yorumlamalar varsa Bakanlığa sormaya karar verebilirler. Hatta, zaman geçirmemek için bu konuları telefon ile soruşturabilirler. Durum kesinlik kazandıktan, yani gelen emir üzerinde hiçbir tereddüt kalmadıktan sonra, planlama işlemini nasıl yürütmeleri gerektiği konusunda görüşürler. Sonunda "Yönetim Kurulu Modeli"nin uygun olduğuna karar verirler. (Bkz. Şekil 4.1) Yönetim kurulu, Vali, sağlık işlerinden sorumlu vali yardımcısı ve Sağlık Müdürü'nden oluşacaktır. Daha sonra Vali Sağlık Müdüründen bir çalışma grubu oluşturmasını ve bu kişilerin listesini kendisine sunmasını ister.

Çalışma grubunun oluşturulması: Sağlık Müdürü, müdür yardımcılarını, ana sağlığı-aile planlaması, çocuk sağlığı, eğitim ve istatistik şubesi yetkililerini ve müdürlükte görevli halk sağlığı uzmanlarını toplantıya davet eder. Bu gruba söz konusu görevlendirme ile ilgili açıklamalarda bulunur. Çalışmanın nasıl yürütülmesi ve çalışma grubuna kimlerin alınması gerektiği konularında görüşlerini alır. Özellikle, sağlık müdürlüğü dışındaki kurumlardan çalışma grubuna dahil edilmesi gereken kişiler düşünülür.

Sonuçta, il sağlık müdür yardımcılarında birisinin başkanlığında, ana sağlığı-aile planlaması, çocuk sağlığı, eğitim ve istatistik şube müdürleri ile, müdürlükte görevli bir halk sağlığı uzmanı, ayrıca ilçe merkez sağlık ocaklarının ve AÇŞ-AP merkezlerinin baş hekimleri, Devlet hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum uzmanından oluşan bir çalışma grubunun oluşturulmasına, ayrıca, bu gruba gerektiği zamanlarda kaymakamların, il milli eğitim ve sosyal hizmetler müdürlüğü uzmanlarının Tabip Odası, bu konuda çalışmaları olan sivil toplum örgütü ile müftülük yetkililerinin davet edilmeleri kararlaştırılır. İl içinde konu ile ilgili olarak görüşlerine başvurulabilecek kişiler (danışmanlar) belirlenir.

Hazırlanan liste bir yazı ile valiye sunulur. Yönetim kurulu toplanır, grupta yer alması düşünülen kişilerin neden bulunmaları gerektiği kendilerine açıklanır ve

kurulun onayı alınır.

Daha sonra, çalışma grubunda yer alan kişilere birer görevlendirme yazısı gönderilerek ilk toplantının tarihi bildirilir.

İlk toplantı: Çalışma grubunun ilk toplantısında, grup başkanı olan il sağlık müdür yardımcısı, görevlendirmelerinin amacını açıklar ve çalışma yönteminin nasıl olması gerektiği hakkındaki görüşlerini anlatır. Katılanların konu hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları sağlanır. Anlaşılmayan hususlar tartışılarak açıklık kazandırılır.

Katılanlar, çalışmaların nasıl yürütülmesi gerektiği konularındaki düşüncelerini dile getirirler. Çalışma grubunda yer almasında ya da danışman olarak görüşlerine başvurulmasında yarar gördükleri kişileri belirtirler. Bir sonraki toplantının gündemi ve tarihi belirlenerek toplantıya son verilir. Sonraki toplantıya kadar, grup üyelerinin, planlama ile ilgili işleri düşünmeleri ve sonraki toplantıya hazırlıklı gelmeleri istenir.

Grup çalışmaları: İlk toplantıdan sonraki toplantıda durum saptama aşamasında toplanacak bilgilerin neler olduğu ve bu bilgilerin nasıl, nerelerden ve kimler tarafından toplanabileceği tartışılıp kararlaştırılır.

Planlamanın amacı, aile planlaması yöntemi uygulayan çiftlerin oranını arttırmak olduğuna göre, burada üç tür bilgiye ihtiyaç olduğu düşünülmelidir: a. Yöntem kullanma ile ilgili mevcut düzey hakkında bilgi, b. Hizmet sunumu ile ilgili olanakların durumu hakkında bilgi, c. Halkın aile planlaması konusundaki tutumları, yani hizmetin geliştirilmesini etkileyebilecek sosyal faktörler ile ilgili bilgiler.

Bu yaklaşımda, toplanması düşünülebilecek bilgiler şunlar olabilir;

- Aile planlaması uygulayan ilçelere, kent ve kırlara göre dağılımları,
 - İlde aile planlaması uygulayan sağlık birimlerinin dağılımları,
 - İlde aile planlaması eğitimi görmüş personel sayısı ve dağılımı,
 - Mevcut araç-gereç sayısı ve dağılımı,
 - Varsa, halkın aile planlaması hakkındaki tutum ve davranışları ve ilgili araştırma sonuçları,
 - Aile planlaması çalışmalarının sağlık kuruluşlarına ve yıllara göre dağılımı,
 - Bu ildeki durum ile komşu iller ve Türkiye'nin genel durumunun kıyaslanması,
 - İldeki doğurganlık oranları.
-

Toplanacak bilgilerin neler olabileceği konusu kararlaştırıldıktan sonra, durum saptama işlerinin kimler tarafından yürütüleceği, analizlerin hangi birimlerce yapılacağı kararlaştırılır. Bu işlerin, ana sağlığı-aile planlaması ve istatistik şubeleri tarafından yürütülmesi kararlaştırılabilir. Eğer bu birimlerin kadroları yetersiz ise, nerelerden destek istenebileceği ele alınmalıdır. Gerekirse, il dışındaki bir kuruluştan yardım sağlanması düşünülebilir.

Daha sonra bu işlerin zamanlaması kararlaştırılır. Veri toplama ve analiz işlemlerinin en erken ve en geç ne zaman tamamlanabileceği araştırılır. Bu süreci kısaltabilmek için neler yapılması, hangi önlemlerin uygulanması gerektiği düşünülür. Bu aşamada, daha doğru bilgi elde edebilmek için bir araştırmaya gerek olup olmadığı kısaca tartışılabilir. Ancak, bu konuda karar verebilmek için mevcut verilerin neler olduğunu ve bunların sonuçlarının değerlendirilmesini beklemekte yarar vardır. Yani, araştırma konusu durum saptama aşamalarının daha ileri safhalarında yeniden ele alınmalıdır.

Bu aşamada, planlama çalışmalarının maliyeti konusunda da kabaca hesaplamalar yapılmalıdır. Büyük bir olasılıkla, bu işler için sağlık müdürlüğü bütçesi yeterli olacaktır. Fakat, ek kaynak gerekip gerekmeyeceği düşünülmeli ve gerekiyorsa, bu paranın miktarı ve nereden sağlanabileceği araştırılmalıdır.

Daha sonra, durum saptama çalışmalarını yürütmekle ilgili bir alt grup oluşturulur ve çalışmalar başlatılır.

AŞAMA 2

Durum Saptama

Veri toplama ve analiz: Durum saptama ile görevlendirilen alt grup (ana sağlığı-aile planlaması ve istatistik şubeleri) önce sağlık müdürlüğünün arşivlerindeki bilgileri, ildeki sağlık kuruluşlarından gönderilmiş olan bilgileri (istatistik formlarını) gözden geçirir. İlde yapılmış araştırmalar olup olmadığını araştırır, varsa bunların raporlarını elde eder. Eksik bilgilerin neler olduğunu saptar. Bu bilgilerin nerelerden elde edilmesi gerektiğine karar verir ve gönderilmesini söz konusu kuruluşlardan ister. Bu yazıların “acele” ya da “miadlı” kaydı ile gönderilmelerinde yarar vardır. Eğer, bilgi istenilen kuruluş sayısı az ise, çalışma grubu içinden ya da merkezden görevlendirilecek bir kişinin, bu kuruluşları ziyaret ederek bilgileri toplaması uygun olabilir. Böylece hem daha hızlı, hem de doğru bilgi edinme olasılığı artar.

Derlenen veriler müdürlük bünyesindeki bir uzman tarafından tablolar ve grafiklere dönüştürülür. Bu tablolarda ilçe bazındaki yöntem kullanma oranları ile,

her sağlık kuruluşunun hizmetlerin yansıtan rakamlara yer verilir. Tablo ve grafikler yapılırken, şube m¼d¼rleri ve m¼d¼r yardımcısı ile sık sık g¼r¼řmeler yapılır ve gidişat hakkında bilgiler verilir. Daha başka hangi analizlerin yapılabilceği, hangi tablo ve grafiklerin çizilebileceği tartışılır. Bu aşamada, tabloların sade olmasına çalışmaya gerek yoktur. Bu iş teknik bir iştir. Tablolar karmaşık olabilir.

Bu çalışmalar arasında yapılması gereken bir iş de mevcut uygulamalar aynen devam ettiği takdirde, gelecekteki 3-5 yıl içinde y¼ntem uygulayanların oranlarının hangi d¼zeye erişebileceği hakkında projeksiyonlar yapmaktır. Bunun için de, doğurganlık ile ilgili değerleri ve n¼fus projeksiyonlarını bilmek gerekecektir.

¼nceliklerin saptanması: Yapılan analizler ve elde edilen tablo ve grafikler çalışma grubunun bir sonraki toplantısında tartışılır. Bu tartışma sonrasında katılımcılar çok rahat olmalı, resmi h¼viyetlerinden m¼mk¼n olduğu kadar sıyrılmalıdır.

Yapılan çalışmalar, alt grup ¼yelerinden biri tarafından (istatistik şube m¼d¼r¼ olabilir) gruba sunulur. Tablo ve grafiklerin birer kopyasının toplantıya katılanlara dağıtılmasında yarar vardır. B¼ylece sunumu daha yakından izleyebilir ve rakamları daha iyi kavrayabilirler.

Bu toplantının kısa olması gerekmez. ¼nemli olan herkesin mevcut durumu net olarak kavrayabilmesidir. Her t¼rl¼ soruya cevap verilmelidir.

Mevcut bilgiler işığında, yerleşim yerleri, aile planlaması y¼ntemi uygulama oranlarına g¼re sıralanır. B¼ylece kullanma oranlarının il içinde hangi y¼relerde daha yetersiz olduğu ortaya konulmaya çalışılır.

Gelecekteki y¼ntem kullanma oranları ve tahminleri (projeksiyon) incelenerek, il içindeki yerleşim yerleri n¼fus artış hızları y¼n¼nden sıralanır. Daha sonra, n¼fus projeksiyonları ve y¼ntem kullanma oranları dikkate alınarak yerleşim yerlerine ¼ncelik skorları verilir. (Bkz. Tablo 5.1). Burada “g¼receli ¼nem” dikkate alınmaz. ¼nk¼ s¼z konusu çalışmada yalnızca tek bir konu (aile planlaması) ele alınmıştır ve bu konunun g¼receli ¼nemi b¼t¼n yerleşim yerlerinde aynıdır. ¼ yıl sonra erişilecek n¼fus kolonunda n¼fus artış oranı azdan en y¼kseđe doğru (+++), (++) ve (+) olarak işaretlenir. Y¼ntem kullanım oranı ise en azdan en çoğa doğru (+++), (++) ve (+) olarak değerlendirilir.

Yerleşim yeri	3 yıl sonra erişilecek nüfus	Kullanım oranı	Öncelik skoru
İlçe 1	+++	++	5
İlçe 2	+++	+++	6
İlçe 3	++	+	3
İlçe 4	+	++	3

Yukarıdaki örneğe göre, 2 nolu ilçe aile planlaması yönünden en öncelikli olanıdır. Çünkü nüfus artış oranı yüksektir (+++), yöntem kullanım oranı düşük (++) tür. Böylece öncelik skoru bu iki faktörün toplamı olarak 6 çıkmaktadır. Bu rakamlar diğer ilçelerinkinden yüksektir.

Bu demektir ki, eğer eldeki kaynaklar sınırlı ise ve planlanacak olan programın bütün ilde uygulanması mümkün değilse söz konusu planlamada 2 nolu ilçeye öncelik verilmelidir ya da planlanan hizmetlerin öncelikle 2 nolu ilçeden başlatılmasında yarar vardır.

Bu skorlama yapılırken maliyet unsuru da dikkate alınmalıdır. Örneğin, hiçbir alt yapısı, araç-gereci olmayan bir ilçede aile planlaması çalışmalarını başlatabilmek için daha fazla yatırıma gerek olacaktır. Bu da maliyeti arttıracaktır. Eğer maliyet de incelenecekse, hizmetlerin en pahalı götürüleceği ilçeye (+), en ucuz olan ise (+++) skoru verilmelidir.

Bu değerlendirmenin yapıldığı toplantılarda, ek bilgilere gerek olup olmadığı da tartışılmalıdır. Bu bilgilerin elde edilmesi için büyük bir ihtimalle, araştırmalar yapılması gerekecektir. Bu bilgiler, yöntem kullanma oranlarının ya da halkın aile planlamasına karşı tutumları ile ilgili olabilir. Bu konularda yeni bilgiler toplanmasına karar vermeden önce, bu bilgilerin gerçekten gerekli olup olmadıklarını tartışmak gerekir. Bu ek bilgilerin toplanması için ne kadar masrafa ve zamana ihtiyaç duyulacağı değerlendirilmeli ve bu kriterler ışığında karar verilmelidir. Ayrıca, bir ilin kendi koşulları ile geniş çaplı araştırmaları yürütebilmesinin güçlükleri de dikkate alınmalıdır.

Sağlık ocaklarından düzenli ve doğru bilgi toplayan illerde aile planlaması ile ilgili bir planın yapılması için gereken her türlü bilgi sağlık müdürlüklerinin elinde vardır. Eğer ek bilgiye ihtiyaç duyuluyorsa, rutin bilgilerin toplanmasında sorunlar var demektir. Bu durumda, söz konusu planlama çalışmalarının içine veri toplama yöntemlerinin iyileştirilmesi konusunun da dahil edilmesi gerekliliği var demektir.

Durum raporu: Durum saptama aşamasında elde edilen sonuçlar bir rapor olarak yazılmalıdır. Bu raporu ana sağlığı ve aile planlaması şubesi yetkilileri yazabilirler. Daha önce karmaşık olarak hazırlanan tabloların sadeleştirilmesi bu aşamada gereklidir. Çünkü, bu raporu vali ve yardımcısının da içinde olduğu yönetim kurulu değerlendirecektir. Ve bu kişiler konunun uzmanları değildir.

Rapor sağlık müdür yardımcısı tarafından sunulur. Bu toplantıda, çalışma grubunun diğer üyelerinin bazıları da bulunabilir. Toplantıya elde mevcut olan bütün verileri ve dokümanı götürmekte ve sorulabilecek sorular için hazırlıklı olmakta fayda vardır.

Bu toplantıda, bazı kararların alınması gerekir. Örneğin, çalışmalar bütün il düzeyi için mi sürdürülmelidir? Yoksa en öncelikli ilçeler olan 2 ve 1 nolu ilçelerle mi yetinilmelidir? Ek bilgiler için araştırma yapılmalı mıdır?

Bu örnekte, planlamanın bütün il düzeyi için yapılmasına, fakat 2 nolu ilçeye öncelik verilmesine ve ek bilgiler için araştırma yapılmasına gerek olmadığına karar verildiği varsayılmıştır.

AŞAMA 3

Kaba Planlama

Hedeflerin belirlenmesi: Bu planlama örneğinde ölçülebilir hedefler düşünülmelidir. Sözelimi, şu iki hedef düşünülebilir.

1. Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanan ailelerin oranını gelecek iki yıl içinde, mevcut duruma göre yüzde 20 oranında arttırmak.
2. Etkili aile planlaması yöntemi kullanan ailelerin oranını mevcut duruma göre yüzde 30 oranında arttırmak.

Bu hedefler, ilin bütünü için düşünülebileceği gibi, her ilçe için ayrı ayrı da düşünülebilir. Bu örnekte 2 nolu ilçeye öncelik verilmesi kararlaştırıldığına göre, bu ilçe için özel hedefler saptamak gerekecektir. Hatta, 2 nolu ilçe için, 2 yıl sonrası için değil, gelecekteki bir yıl için de hedefler belirlenmelidir. Çünkü karar verici (vali ve yönetim kurulu) bu ilçedeki hizmetlerin diğer ilçelerden daha önce başlatılması ve öncelikle düzeltilmesini istemiştir.

Stratejilerin belirlenmesi: Aile planlaması çalışmaları Türkiye’de 1965 yılından bu yana yürütülmektedir. Bu konuda şimdiye kadar sayısız araştırma ve hizmet projesi yürütülmüştür. O nedenle, stratejilerin belirlenmesinde hiçbir il yöneticisi

şimdiye kadar bu konuda hiçbir şey yapılmamış gibi davranamaz. O nedenle, stratejilerin belirlenmesi aşamasında mutlaka ülkenin diğer yerlerinde olup bitenler ve uygulanan stratejiler hakkında bilgi edinmek gerekir. Bu arada, planlama grubundan bir üye diğer bazı yörelerde inceleme gezilerine gönderilir. Sağlık Bakanlığından önceki çalışmalar hakkında bilgi ve belge istenebilir.

Her şeye rağmen, söz konusu ilde, özgün stratejilerin uygulanması düşünülebilir ya da ülkenin diğer yörelerinde daha önce uygulanmış olan stratejilerden hangilerinin bu ilde geçerli olabileceğine karar vermek gerekebilir.

Bu stratejilerin belirlenmesi için bütün planlama grubunun ve ayrıca danışman olarak çalışmanın başında belirlenmiş olan kişilerin de katılacağı bir workshop düşünülebilir. Bu toplantı ile ilgili hazırlık çalışmaları sağlık müdür yardımcısının görevlendireceği bir kişi tarafından (halk sağlığı uzmanı olabilir) yapılmalıdır. Bu hazırlıklar arasında, workshop'ta tartışılacak olan sorular da belirlenmelidir.

Workshop'ta önce durum raporu hakkında kısa bir bilgi sunulmalı, daha önce belirlenmiş olan hedefler açıklanmalı ve daha sonra toplantıya katılanlar ön gördükleri stratejileri (çözüm yollarını) dile getirmelidirler. İl düzeyindeki böyle bir toplantıya sınırlı sayıda kişi katılacağı düşünülürse, tartışmaların tek bir grupta sürdürülmesi yeterli görülebilir. Katılım sayısı yeterli ise, tartışmaların iki ya da daha çok grup tarafından yapılması düşünülebilir.

Fikirler toplandıktan sonra yemek arası gibi kısa bir ara verilmesi iyi olur. Bu süre içinde, toplantıya katılanların kendi aralarında sohbetler yaparak konuyu tartışmalarına imkan sağlanmış olur. Bu tür toplantılarda katılımcıların günlük işlerinden uzak kalmaları sağlanmalıdır. Aksi takdirde, akılları kendi işlerinde olur, ilk fırsatta toplantıdan ayrılmayı ya da bir telefonla işlerini takip etmeyi isterler. Workshop toplantılarının kent dışındaki yerlerde yapılması bu bakımdan uygun olur. Böylece, bütün katılımcılar toplantının konusunda yoğunlaşırlar.

Aradan sonraki oturumda daha önce dile getirilen strateji önerileri tek tek ele alınır. Her birinin ülkedeki genel politikalara ilin gerçeklerine sosyal yapısına, eldeki olanaklara uygun olup olmadığı tartışılır. Bunlar arasında uygun olmadıkları anlaşılana ilk etapta elenir. Geriye kalan öneriler yeniden ele alınarak bunların uygulamalarını güncelleyebilecek ya da engelleyebilecek olanlar (güçlükler ve engeller) belirlenir. Ayrıca, her birinin maliyeti, ne kadar personel gerektireceği, ek malzeme gerektirip gerektirmeyeceği gibi konular değerlendirilir. Her bir öneri ile elde edilebilecek sonuçlar tartışılır. Bu sonuçlarla ilgili projeksiyon grafikleri çizilebilir. Söz konusu güçlüklerin nasıl aşılabileceği, bu işler için ne kadar para ve zaman harcanabileceği araştırılır.

Daha sonra bir tablo hazırlanır. Bu tabloda her bir stratejinin güçlükleri engelleri,

maliyeti ve bu strateji ile elde edilebilecek sonuçlar belirtilir. Bu tablo çoğaltılarak bütün katılanlara dağıtılmalıdır. Bu aşamada, toplantıya son verilip bir sonraki toplantıya kadar (ertesi gün olabilir) konu hakkında düşünceleri istenilebilir.

Sonraki toplantıda, söz konusu tablo incelenerek en uygun strateji ya da stratejiler belirlenir. Bu stratejilere karar vermeden önce daha ayrıntılı bilgilere ve ön çalışmalara (deneme) gerek olup olmadığı tartışılır.

Strateji seçimleri yapıldıktan sonra vali ve yönetim kurulu ziyaret edilerek yapılan tartışmalar ve varılan sonuçlar hakkında bilgi aktarılmalı ve seçilen stratejilerin kendilerince uygun bulunup bulunmadığı sorulmalıdır. Bu görüşme, kaba plan dokümanı yazılmadan yapılmalıdır. Eğer vali ve yönetim kurulunun bazı endişeleri ya da itirazları varsa, strateji belirleme aşamasında geri dönüp yeniden toplantılar yapmak gerekebilir. Bu nedenle, workshop toplantılarının hiç değilse son oturumunda vali ve diğer yönetim kurulu üyelerinin de hazır bulunmalarında yarar olabilir. Böylece, toplantı sırasında kendileri ikna edilebilir, eğer itirazları varsa, ikinci bir toplantıya gerek kalmadan itirazları gündeme getirilip sonuçlandırılabilir.

Daha sonra, planlama grubu üyelerinden seçilen bir alt grup kaba plan dokümanını yazar. Bu grupta, örneğin sağlık müdür yardımcısı, bir halk sağlığı uzmanı ve ana sağlığı-aile planlaması şube müdürleri yer alabilir. Bu dokümanda Yönetim Kuruluna sunulmalıdır.

Bu örnekte stratejiler olarak şunların belirlendiği varsayılmıştır:

1. Her sağlık ocağında bir aile planlaması sorumlusunun belirlenmesi ve bu kişinin eğitilmesi,
 2. Ebelere aile planlaması konularında il merkezlerinde iki günlük uygulamalı kurslar verilmesi,
 3. Her sağlık ocağında ve AÇS-AP merkezlerinde bir aile planlaması odasının açılması,
 4. Halk eğitimi yapacak grupların oluşturulması,
 5. Doğum kliniklerinde görevli sağlık personelinin eğitilmesi,
 6. İmamlarla işbirliği yapılarak halk eğitimine katılmalarının sağlanması,
 7. Her köyden bir kadın gönüllü seçilip eğitilerek halk eğitiminde bu kişiden yararlanılması.
-

AŞAMA 4

Ayrıntılı planlama

Kaba plan hazırlandıktan sonra sıra, bu stratejilerin uygulanması ile ilgili ayrıntılı plan dokümanının hazırlanmasına gelmiştir. Bunun için önce, yukarıda sıralanan 7 stratejinin gerçekleştirilmesi için gereken işler saptanmalıdır. Her bir strateji ile ilgili işler farklı kişiler tarafından belirlenebilir. Bunun için planlama grubu içinde bir iş bölümü yapılmalıdır.

Örneğin, her köyden bir gönüllü seçimi stratejisi ile ilgili işlerin önemlileri şunlar olabilir:

1. Köylerin listelerinin çıkartılması,
2. Köy nüfuslarının belirlenmesi
3. Köy yöneticileri ile toplantı
4. Köylerde lider niteliğindeki kadınların belirlenmesi
5. Gönüllü seçiminin sonuçlandırılması
6. Gönüllüler için eğitim programı hazırlanması
7. Eğitim kadrolarının belirlenmesi
8. Eğitim materyalinin hazırlanması
9. Eğitim programlarının uygulanması
10. Gönüllülerin çalışmalarının izlenmesi
11. Değerlendirme kriterlerinin belirlenmesi
12. Çalışmaların değerlendirilmesi

Görüldüğü gibi, stratejilerin uygulanabilmesi için bir çok işin gerçekleştirilmesi gerekecektir. Bütün bunlar önceden düşünülüp belirlenmeden yola çıkılırsa, hiç beklenmedik sorunlarla ve engellerle karşılaşılabilir.

Bu işler belirlendikten sonra, her işin kim tarafından, nerede ne zaman yapılacağı belirlenmelidir. Bu amaçla bir iş matriksi hazırlanabilir. Bir başka deyişle, yapılacak her işi için ne zaman başlayıp ne zaman bitirileceği, nerede yapılacağı, bu işin sorumlusunun kim olacağı kimler tarafından yürütüleceği, bu iş tamamlandıktan sonra hangi işe geçileceği belirlenmelidir.

Destek programlar: İş matriksi yapıldıktan sonra sıra şu işlere gelmiştir:

Fizik altyapı: Bu örnekte, her sağlık ocağında bir aile planlaması biriminin oluşturulacağı kararlaştırılmıştır. Buna göre, her sağlık ocağında bir fizik planlama yapılacağı anlaşılmaktadır. Bu işlerin yapılması bir sorumlunun başkanlığında olmalıdır. Sözelimi, bu birimler ne kadarlık bir alanı kapsayacaktır? Her birinden kim sorumlu olacaktır? Birimlerde hangi araç-gereç bulunacaktır?

gibi kararların verilmesi gerekecektir.

Kayıtlar: Çalışmaların denetlenmesi ve değerlendirilmesi amacıyla hangi kayıtların tutulması gerekir? Bu kayıtlar için yeni formlar geliştirilmeli midir? Bu kayıtlar kimler tarafından tutulacaktır? Ne sıklıkla tutulacaktır? gibi soruların cevapları verilmelidir.

Yönetim: Planın uygulanması ile ilgili hiyerarşik yapı nasıl olacaktır? Sağlık müdürlüğü içinde bu işlerden sorumlu kişiler kim olacaktır? Bu kişilerin sorumlulukları net olarak neler olacaktır? Periyodik toplantılar gerekli midir? İletişim nasıl sağlanacaktır? Sorularının cevapları verilmelidir.

Bütçe: Yapılacak her işin ve uygulanacak her stratejinin maliyetinin ne olacağı iş matrisi ve yukarıda belirtilen diğer destek planlamaları tamamlandıktan sonra gerçeğe yakın olarak tahmin edilebilir. Yapılacak bütçe hesaplamaları sonunda, eğer maliyet yüksek bulunursa, daha önce belirlenmiş olan stratejilerden vazgeçilebilir. Çünkü, planlamanın herhangi bir aşamasına gelmişken, karşılaşılan güçlükler ve akla gelen sorular nedeniyle önceki aşamalara dönüşler yapılabilir.

Plan dokümanı: Bu çalışmalar tamamlandıktan sonra artık sıra plan dokümanının yazılmasına gelmiştir. Ancak, bu yapılmadan önce son kez Vali ve Yönetim kurulu ile görüşülerek, o zaman kadar yapılan çalışmalar hakkında bilgi verilmeli ve onayları alınmalıdır. Özellikle bütçe konusu ele alınmalı, gerekecek olan paranın kaynakları kesinleştirilmelidir. Eğer itirazları varsa, plan dokümanı yazılmadan bu pürüzlerin giderilmesi gerekir.

Bu işlem de tamamlandıktan sonra plan dokümanı yazılarak bütün uygulamacılara, yani sağlık kuruluşlarına, müftülük, kaymakamlıklar ve ilgili diğer dairelere gönderilmelidir.

AŞAMA 5

Uygulama, izleme, Yeniden Değerlendirme

Personel eğitimi: Uygulamaya başlamadan önce, planı uygulayacak olan bütün personelin planla ilgili olarak bilgilendirilmeleri çok yerinde olur. Bunun için, örneğin, sağlık ocağı ve AÇS-AP merkezi hekimleri ile bir toplantı yapılarak plan kendilerine açıklanır. Bu kişilerin bazıları zaten planlamanın başından beri çalışma grubunda yer aldıkları için konu hakkında bilgileri vardır. Diğerlerinin de bilgilenecekleri sağlanır.

Diğer personelin bilgilendirilmeleri ya hekimlerden istenebilir ya da bu personel için ayrı bir toplantı yapılması uygun olur. Bazı planlamacılar, mesleğine bakılmaksızın bütün personelin (başhekimler, hekimler, ebeler, hemşireler v.b.) bir arada eğitilmelerinin uygun olacağını savunurlar. Ancak, yöneticilerin ayrı bir grup olarak da toplanmalarında yarar olabilir. Çünkü birlikte toplanmaları durumunda, yöneticiler mahcup olmak ve otoritelerinin zedelenmesi endişesi ile toplantılarda sessiz kalmayı tercih edebilirler.

Sevk ve idare: Yönetim işleri planlandığı gibi yürütülmeli, özellikle denetim işlerine önem verilmelidir. Çünkü, her yeni uygulamada beklenmedik aksaklıklar ve aksilikler görülebilir. Bunları belirleyip ortadan kaldırmadan planlanan işler gerçekleştirilemez.

Uygulamanın başlangıcında yöneticilerin biraz daha hoş görülü olmalarında yarar olabilir. Çünkü, bu dönem hem sorumlu olacak yöneticilerin, hem de diğer personelin yeni uygulamalara uyum dönemleridir. Onların çalışmalarını desteklemek ve güdülemek en çok bu dönemde gereklidir.

Bilgi toplama ve değerlendirme: Uygulamaların izlenmesi ve değerlendirilmesi için sağlık müdürlüğü bünyesinde bir birim oluşturulabilir ya da ana sağlığı ve aile planlaması şubesi takviye edilerek bu amaçla kullanılabilir. Buraya gelmesi beklenen bilgilerin zamanında ve uygun olarak gelmelerini sağlamak Sağlık Müdürünün görevlerindedir.

Gelen bilgiler sürekli olarak tablolara işlenmeli ve analiz edilmelidir. İmkan varsa, bilgiler bilgisayarlara yüklenebilir. Ancak, bilgisayarlara sahip olmak koşul değildir.

Gelen bilgilerin planın uygulanması ile ilgili diğer kişilere iletilmesi önemlidir. Bu amaçla, sağlık müdürlüğü içinde periyodik (ayda bir olabilir) toplantılar yapılarak ilgililer bilgilendirilir. Ayrıca sağlık ocağı hekimleri ile de toplantılar yapılabilir ve çalışmalarla elde edilen sonuçlar birer yazı ya da bültenle periferdeki uygulayıcılara ve diğer kurumlara iletilmelidir.

Yeniden planlama: Elde edilen sonuçlar değerlendirilerek varılan sonuçlar ile daha önce planlanan hedefler karşılaştırılmalı, uygulama sırasında ortaya çıkan sorunlar belirlenmeli ve bu bilgiler ışığında, planın bundan sonraki uygulamasında yapılması gereken değişikliklere karar verilmelidir. Bu değişikliklerin bir kısmı Sağlık Müdürlüğü kademesinde kararlaştırılabilir. Ancak, bazıları için Valinin ya da Sağlık Bakanlığının onayını almak gerekebilir.

EK 2

ÖRNEK 2

Konu: A sağlık ocağının hekimi, ocak bölgesindeki aşılama oranlarının yükseltilmesi amacıyla, içinde buldukları kış mevsiminde yoğun bir aşılama çalışması yapmak istemektedir.

AŞAMA 1

Planlamanın Planlanması

Bu örnekte, en küçük hizmet birimi olan bir sağlık ocağında dar kapsamlı bir planlama çalışmasına gerek vardır. O nedenle, önceki örnekte açıklandığı gibi geniş bir planlama grubuna gerek yoktur. Plan hekim tarafından hazırlanabilir. Ancak, ocak hekimi alacağı kararlarda aşılama hizmetlerini yürüten hemşire, sağlık memuru ve ebelerin de görüşlerine başvurmalıdır. Böylece, bu kişilerin deneyimlerinden ve bölge ile ilgili gözlemcilerden yararlanılır ve uygulanabilir bir plan hazırlanabilir.

Plan çalışmasının başlangıcında hekim, ocak personeli ile bir toplantı yaparak plan çalışmasına başlandığını açıklamalıdır.

Aşılama çalışmaları için il sağlık müdürlüğünden izin almaya gerek olup olmadığı düşünülmelidir. Eğer, söz konusu hizmetler yalnızca sağlık ocağının imkanları ile yürütülecekse, böyle bir izne gerek olmayabilir. Fakat, sağlık müdürlüğünden destek isteme olasılığı varsa planlama çalışmalarına başlamadan önce ya da plan çalışmaları sürerken izin işlemlerini de tamamlamak gerekir. Öte yandan, sağlık müdürlüğüne daha kesin bilgi ve ihtiyaç listesi ile başvurabilmek amacıyla izin işlemi daha sonraya ertelenebilir.

AŞAMA 2

Durum Saptama

Her planlama çalışmasında olduğu gibi bu çalışmada da yapılacak işlerin ilki, bölgedeki aşılama durumunu ortaya koymaktır. Bunu yapmak hem planlama için, hem de planın başarısını değerlendirebilmek için başlangıçtaki duruma ihtiyaç duyulacağından gereklidir.

Şu bilgilerin derlenmesi düşünülebilir:

1. Bölgenin aşılama oranları. Bu bilgiler sağlık ocağı kayıtlarından yararlanılarak bulunur. Bu amaçla son 3-5 yıl içindeki aşılama hizmetlerine ilişkin istatistikleri incelemekte yarar vardır. Bilindiği gibi, aşılama oranı, bir hastalığı karşı tam aşılanmış olanların hedef nüfusa oranıdır. Örneğin, polio için aşılanmış olanlar, en az üç doz aşılanmışlardır.
-

2. Son 3-5 yıl içinde sağlık ocağına gelen aşılarla göre tüketilen dozlar. Böylece ziyan edilen (fire) aşı miktarı da hesaplanabilir.
3. Soğuk zincir malzemelerinin sayıları ve nitelikleri. Özellikle aşı nakil kaplarının durumu incelenmelidir. Bunlar arasında kullanılabilir olanları sayıları bilinmelidir.
4. Personel arasında BCG v.b. aşı kursuna katılmış olanlar olup olmadığının soruşturulması iyi olur.
5. Bölge nüfusu ve artış oranları hesaplanmalıdır. Aşılarla göre hassas nüfus hesap edilmelidir.
6. Yukarıdaki bilgileri, mümkünse yerleşim yerlerine ve ebelerin çalışma bölgelerine göre elde etmekte yarar vardır.

Eğer yukarıdaki bilgilerin hiç birisini elde etmek mümkün değil ise, bölgede küçük bir örnek üzerinde basit bir araştırma yapılarak bu bilgilerin bir kısmı elde edilebilir. Böyle bir çalışmada, örneğe çıkanlara aşı olup olmadıkları, olmuşlarsa hangi aşıları kaç kez oldukları sorulabilir. Bu birkaç soru bile bölgedeki aşılama oranları hakkında fikir verebilir. Bu sorular son 1-2 hafta içinde sağlık ocağına başvuran çocuklara da sorulabilir. Fakat bu şekilde elde edilen bilgiler gerçi tam olarak yansıtmayabilir. Bu bilgileri toplarken sağlık ocağındaki ebe, hemşire gibi aşılama hizmetlerinden sorumlu olan personeli mümkün olduğu kadar kullanmak iyi olur. Çünkü, bu kişiler kendilerinin denetlendiği duygusuna kapılarak gerçek durumu tam olarak yansıtmayabilirler.

Bu bilgiler yıllara göre tablo ve grafiklere geçirilmeli ve ocak bölgesindeki aşılama hizmetlerinin başarılı ve başarısız dönemleri ortaya konulmaya çalışılmalıdır. Bu değerlendirmeler yerleşim yerlerine, personelin çalışma bölgelerine ve aşı cinslerine göre yapılmalıdır. Böylece, hangi yerlerde aşılama hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duyulduğu ortaya konulabilir. Hangi aşılarla hangi aşılama oranlarına erişildiği ortaya konulur. Bu değerler, hangi hastalıklara karşı ve hangi yerlerde öncelikle aşılama programları yürütülmesi gerektiğine işaret edecektir. Aşılama oranlarının hesaplanmasında, izleme grafikleri kullanılmalıdır.

Bu değerlendirmeler sonunda, aşı ve soğuk zincir malzemesi ihtiyaçları hesaplanır.

AŞAMA 3

Kaba Planlama

Hedeflerin saptanması: Sağlık ocaklarında bir yıldan daha uzun vadeli planlamalar yapılması çok gerçekçi olmaz. Daha uzun vadeli planlar il sağlık

müdürlüğü tarafından yapılabilir. Bu nedenle, hedeflerin de gelecek 6 ay yada bir yıl için belirlenmesi uygun olur.

Kuşkusuz aşılama ile ilgili hedeflerin belirlenmesi mevcut aşılama oranlarını bilmekle mümkündür. Hedeflerin belirlenmesinde, sağlık ocağının personel, ulaşım, soğuk zincir, iş yükü, lojistik desteği gibi koşulları da dikkate alınmalıdır. Abartılı hedefler belirlemektense, makul sınırlar içinde kalmak gerekir. Ancak, bir sağlık ocağı bölgesinde uzun vadeli hedef, aşılama oranlarını aşılama programındaki 6 hastalık için yüzde 90'ın üzerine çıkartmak olmalıdır.

Yüksek düzeydeki aşılama oranını, o düzeyde tutmaya çalışmak da bir hedef olabilir. Çünkü, bu düzeyi koruyabilmek de planlı ve disiplinli çalışmayı gerektirecektir.

Yerleşim yerleri için farklı hedefler de belirlenebilir. Öncelik verilecek yerleşim yerleri için daha kısa vadeli, diğer bölgeler için daha uzun vadeli hedefler belirlenebilir.

Stratejilerin belirlenmesi: Sağlık ocaklarında sistematik aşılama programları yürütülür. Yani aşılama zamanı gelen çocuklar aşılanır. Bu hizmet yıl boyunca aynı tempoda sürer gider. Ancak söz konusu örnekte, aşılama hizmetlerinde bir aksama söz konusu olduğundan, sistematik aşılanmanın yanı sıra, hızlandırılmış bir programın uygulanmasına gerek olduğu anlaşılmaktadır. Seçilebilecek stratejiler şunlar olabilir:

1. 0-2 yaş grubuna öncelik verilecektir.
2. Sağlık ocağına ulaşım mesafesi bir saatten fazla olan yerleşim yerlerinin aşılama programı ilk üç ay içinde tamamlanacak, daha sonra diğer yerleşim yerlerine geçilecektir.
3. Aşılama ekipleri yerleşim yerlerini ziyaret ederek aşılama hizmetlerini daha önce belirledikleri bir merkezde yürüteceklerdir.

Stratejiler belirlenirken, sağlık ocağında görevli olan diğer personelle görüş alışverişinde bulunmakta fayda vardır. Ayrıca, yapılan çalışmalar hakkında Sağlık Grup Başkanına da bilgi vermek gerekir. Böylece, hem onun desteği sağlanmış olur hem de deneyimlerinden yararlanılır.

Güçlüklerin belirlenmesi: Aşılama programının yürütülmesinde bazı güçlüklerle karşılaşılacağı önceden kestirilmelidir. Böyle bir programda kritik olan şey, aşı ve diğer malzemenin yeterli ve sürekli olarak sağlanabilmesidir. Bu konuda üst makamlardan güvence alınmadan program gerçekleştirilemez.

Bir diğer g¼çl¼kte ulaşımın sağlanmasıdır. Araç ve yakıt sağlamamadan böyle bir program kolaylıkla yür¼tülemez. Eğer düşün¼ld¼đü gibi araç temin edilemiyorsa, stratejilerde değişiklik yapılarak köy ziyaretleri yerine kişilerin sağlık ocağına çağırılması ya da diğer kurumların gezilerine katılarak ulaşım gibi yollara başvurulabilir.

Diğer g¼çl¼kler, soğuk zincirin işletilmesi ve personelin eğitimi gibi konular olabilir. B¼t¼n bunlar önceden tahmin edilerek önlemleri alınmalıdır.

AşAMA 4

Ayrıntılı Planlama

Yapılacak işler: Aşılama programı kabaca belirlendikten sonra yapılacak şey, aşılama ekiplerinin oluşturulması, yerleşim yerlerine göre aşılama takviminin belirlenmesi, bu tarihlere göre gerekecek aşı dozlarının hesaplanması, hangi personelin hangi işleri yapacağının belirlenmesi gibi ayrıntıların planlanmasıdır. Bunun sonucunda, her görevlinin hangi gün nerede ve ne iş yapacağını gösterir bil çizelge hazırlanmalıdır. Bu çizelge, her personele ayrı ayrı dağıtılacağı gibi ocakta ilan tahtasına ya da daha büyükçe çizilerek duvara asılabilir. Büyük boy çizilmesi, bu programın ocağın önemli bir işi olduğu imajını vermesi açısından önemlidir.

Destek programları: İş takviminde lojistik ile ilgili planlamalara da yer verilmelidir. Gereken malzemenin ne zaman sipariş edileceği, ne zaman ocağa getirileceği, bunu kimi yapacağı gibi işlerin de önceden belirlenmesi gerekir.

Ayrıca personelin eğitilmesi gerekiyorsa, bunun da planlaması önceden yapılmalı ve program başlamadan tamamlanmalıdır.

Köy ziyaretleri sırasında, aşılama merkezleri olarak kullanılması düşün¼len binalar (okul, köy odası, sağlık evi v.b.) önceden düşün¼lmeli, gerekiyorsa, köy yöneticileri ile ilişki kurulmalıdır.

AşAMA 5

Uygulama, İzleme ve Yeniden Planlama

Böyle bir programın uygulanmasında en önemli şeylerden biri, sürekli denetimlerdir. Ocak hekiminin her hafta sonunda ya da sık olarak aşılama ekipleri ile toplanarak bilgi alması ve işlerin nasıl gittiğini izlemesi gerekir. Elbette, zaman

zaman aşı ekipleri iş başında ziyaret edilerek çalışmalar gözlenmeli ve aksaklıklar belirlenip çözülmelidir.

Çalışmalar sürekli olarak kayıt edilmeli ve ocak hekimi bunları derleyerek çalışmaların gidişini günü gününe izlemelidir. Varılan sonuçlar ile planlanan hedefler arasındaki uyum değerlendirilmeli, eğer planın gerisinde kalınıyorsa, ne gibi önlemler alınması gerektiği düşünülmelidir.

BÖLGE SAĞLIK YÖNETİMİNDE EPİDEMİYOLOJİYE GİRİŞ

Birinci Basamak Sağlık Personeli İçin

Editörler

Prof Dr. Münevver BERTAN

Doç.Dr. Hilal ÖZCEBE

8. Basım

ANKARA – 2001

1. Basım : 500 Adet, Ankara - Nisan, 1995
2. Basım : 3000 Adet, Ankara - Haziran, 1995
3. Basım : 2000 Adet, Ankara - Ekim, 1995
4. Basım : 2500 Adet, Ankara - Şubat, 1996
5. Basım : 4000 Adet, Ankara - Temmuz, 1996
6. Basım : 6220 Adet, Ankara - Aralık, 1996
7. Basım : 2500 Adet, Ankara - Ocak, 1999
8. Basım : 4000 Adet, Ankara - Nisan, 2001

ISBN : 975 - 7572 – 73 - X

Bu eğitim materyali, birinci basamak sağlık personelinin uyum eğitimlerinde kullanılmak üzere T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından bastırılmıştır. Her hakkı saklıdır. Kaynak gösterilerek kullanılabilir. Bu kitabın bir kısmının ya da tamamının çoğaltılması için Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nden izin istenebilir.

Basıldığı Yer :Barok Matbaacılık Tel : 417 80 76 Faks : 425 18 10 ANKARA

İÇİNDEKİLER

Sayfa

Önsöz

Bölüm 1

Bölge, İl/İlçe Sağlık Yönetim Ekibi ve Bölge Nüfusu

1

Bölüm 2

Epidemiyolojik İlkeler ve Epidemiyolojik Sağlık Bilgisi

21

Bölüm 3

Bildirim ve Sürveyans Sistemi

41

Bölüm 4

Salgın İncelemesi

53

Bölüm 5

Epidemi Saha Araştırmaları

65

Bölüm 6

Temel Sağlık Hizmetleri ve Bölge Sağlık Planlaması

73

ŞEKİLLER VE ŞEMALAR DİZİNİ

- Şema 1.** Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütü
- Şema 2.** Türkiye İl Düzeyinde Sağlık Örgütlenmesi
- Şekil 1.** İl/İlçe Sağlık Yönetim Ekibinin Sorumlulukları
- Şekil 2.** Türkiye Nüfus Piramidi (1990 yılı nüfus sayımına göre)
- Şekil 3.** Klinik Tanı ile Toplum Tanısının Karşılaştırılması
- Şekil 4.** Epidemiyoloji ve Planlama Becerisi Gerektiren Görevler
- Şekil 5.** Tanımlayıcı Epidemiyoloji Kim? Nerede? ve Ne zaman?
- Şekil 6.** Devlet İstatistik Enstitüsü Ölüm Formu
- Şekil 7.** Gelişmekte Olan ve Gelişmiş Ülkelerde Ölüm Nedenlerinin Dağılımı
- Şekil 8.** Buzdağı Fenomeni Rutin Bilgi Temel Olarak Sağlık Kurumlarına Başvuran Kişilerden Gelir
- Şekil 9.** Rutin Bölge Sağlık Bilgi ve Sürveyans Sistemi
- Şekil 10.** Tanı Kriterlerinin Olası, Kuvvetle Olası ve Kesin Sıtma Vakalarının Tanımlanması İçin Kullanılması
- Şekil 11.** Bir Salgının İncelenmesi ve Kontrolunun Anahatları
- Şekil 12.** Bir Nokta Kaynaklı Patlamanın Salgın Eğrisi
- Şekil 13.** Bir Temasla Yayılan Salgının Salgın Eğrisi
- Şekil 14.** Salgının Vaka Kümelerini Gösteren Bölge Nokta Haritası
- Şekil 15.** Bölge Sağlık Yönetiminin Anahatları
- Şekil 16.** Örneklerle Sağlık Önceliklerinin Belirlenmesi Çizelgesi
- Şekil 17.** Bir Yıl Boyunca Ayda Ortalama 300 Bebeğin Aşılama Amacı ile, Bir Ay İçinde Tam Aşılama Bebeklerin Sayısının Karşılaştırılmasını Gösteren Yığılımlı Grafik

TABLO DİZİNİ

- Tablo 1.** Gelişmekte Olan Bir Ülkede Nüfusun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı
- Tablo 2.** Türkiye 1990 Yılı Nüfusunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı
- Tablo 3.** Bölge Nüfusunun Doğal Nüfus Artış Hızı ile Değişimi
- Tablo 4.** Ülkemizde Bebek ve Çocuk Ölüm Hızları (1993)
- Tablo 5.** Klinik Tıpla Toplum Sağlığı Programlarının Karşılaştırılması
- Tablo 6.** Türkiye’de Hastanelerde Yatarak Tedavi Edilen İlk 10 Hastalık
- Tablo 7.** Türkiye’de İl ve İlçe Merkezlerindeki İlk On Ölüm Nedeni
- Tablo 8.** Toplum Sağlık Çalışanlarının Olası Vakaları Bildirimi İçin Semptom ve Belirtilere Dayalı Standart Tanı Kriterlerine Örnekler
- Tablo 9.** Kullanılan Su Kaynağına Göre 18 Kolera Vakasının Vaka-Kontrol Çalışması
- Tablo 10.** Bulaşıcı Hastalığa Bağlı Bir Salgının Kontrolü İçin Temel Stratejiler
- Tablo 11.** Bir Prevalans Araştırmasında, Beklenen Prevalans Hızlarına Göre En Küçük Örneklem Büyüklüğü

ÖNSÖZ

Bölge Sağlık Yönetimi Epidemiyolojisine Giriş adını taşıyan bu kitap Vaughan ve Morrow tarafından yazılan, Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı ve ülkemizde de Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından çevirisi yapılan **Bölge Sağlık Yönetimi Epidemiyolojisi El Kitabı** esas alınarak hazırlanmış ve bazı bölümler değişiklik yapılmadan aktarılmıştır. Ancak bazı bölümlerine Türkiye ile ilgili veriler eklenmiştir.

Sağlık Yönetimi Epidemiyolojisi, sağlık alanında değişik yönetim kademelerinde çalışanlara (Sağlık Bakanlığı ve diğer tüm sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarda) ekip içinde sağlık hizmeti vermek için gerekli veri toplama becerisi kazandırmayı sağlar. Bunun yanı sıra, toplum içinde sağlığa ait sorunları bulmak ve öncelikleri sıralamak için gerekli tekniklerin nasıl kullanılacağını, bu sorunları etkileyen faktörlerin nasıl belirleneceğini ve hedeflenen sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde epidemiyolojik göstergelerden nasıl yararlanılacağını göstermeye yardım eder.

Sağlık Yönetimi Epidemiyolojisi, il/ilçe Sağlık Yönetimi Ekibi ve sorumlulukları, epidemiyolojik ilkeler, bölge nüfusu ve epidemiyolojik sağlık bilgisi, bildirim ve sürveyans sistemleri, salgın ve kontrolü, epidemiyolojik saha araştırmaları ve bölge sağlık planlaması ana başlıkları altında incelenmiştir. Ayrıca, nüfus ve göstergeler ve salgın ile ilgili iki problem verilmiştir.

Her kademedeki sağlık yöneticilerinin (sağlık ocağı sorumlu hekimleri, sağlık grup başkanları, hastane başhekimleri ve sağlık müdürleri) epidemiyolojinin kendi hizmetlerine destek verecek konularını bu kitapta bulacaklarını ümit etmekteyiz. Kitap içeriği, kullanımı ile ilgili sahadan gelen öneriler, birinci baskıdan sonra gözönüne alınarak, ikinci baskı yeniden düzenlenmiştir. Yazarlar yöneticilerin geri bildirimleri özellikle beklemekte ve katkıları için şimdiden teşekkürlerini sunmaktayız.

Bu kitabın hazırlanmasına neden olan ve destek veren Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğüne teşekkür ediyoruz.

Dr. Münevver Bertan

Dr. Hilal Özcebe

Bölüm 1

BÖLGE, İL/İLÇE SAĞLIK YÖNETİMİ EKİBİ VE BÖLGE NÜFUSU

1.1.Bölge nedir?

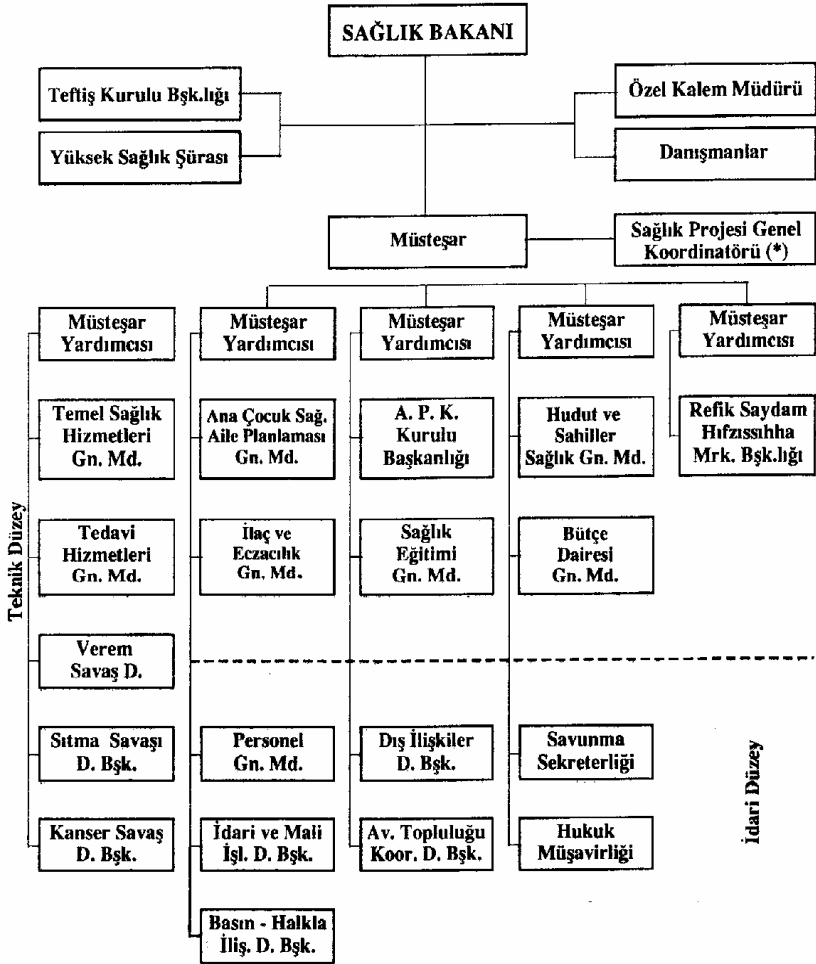
Bölge, devletin ve yönetimin en uçtaki, geniş yetki ve sorumlulukları olan birimidir. Bölge, toplum planlama ve organizasyonunda “aşağıdan yukarıya” ve merkezi hükümet planlama ve geliştirilmesinde “yukarıdan aşağıya” modellerin doğal birleşim noktasıdır. Bu nedenle yerel toplum gereksinimlerinin ulusal önceliklerle birleştiği bir yerdir.

Ülkemizde devletin yetki ve sorumluluklarını taşıyan il ve ilçe yönetimleri bulunmaktadır. İl yönetimi Sağlık Bakanlığı'nın sağlık planlarında “yukarıdan aşağıya” toplumun organizasyonunda ve gereksinimlerinde “aşağıdan yukarıya” modellerinin il düzeyinde birleştiği yerdir. Aynı benzetme ilçe yönetimi için de yapılabilir.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı merkez örgütlenmesinde (şema 1) Sağlık Bakanı ve yanında danışmanlar, teftiş kurulu başkanlığı ve yüksek sağlık şurası bulunmaktadır. Müsteşar ve müsteşar yardımcılarının altında ise teknik birimler olarak genel müdürlükler ve idari olarak ise idari yönetim birimleri bulunmaktadır.

İl düzeyinde sağlık örgütlenmesinde (şema 2), Vali, İl Sağlık Müdürü ve yardımcıları il sağlık yönetimindeki en üst düzey yöneticilerdir. İllerde il Sağlık Müdürlüklerinde genel müdürlükler ve daire başkanlıklarına paralel olarak şube müdürlükleri bulunmaktadır. İlde sağlık hizmeti sunan sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, devlet hastaneleri, verem savaş dispanserleri ve halk sağlığı laboratuvarları bulunmaktadır. Bu birimlerin özelliklerine bağlı olarak, İl Sağlık Müdürlüklerinde sağlık insangücü de farklılık göstermektedir. (Uzman hekim, pratisyen hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, laboratuvar teknisyeni gibi).

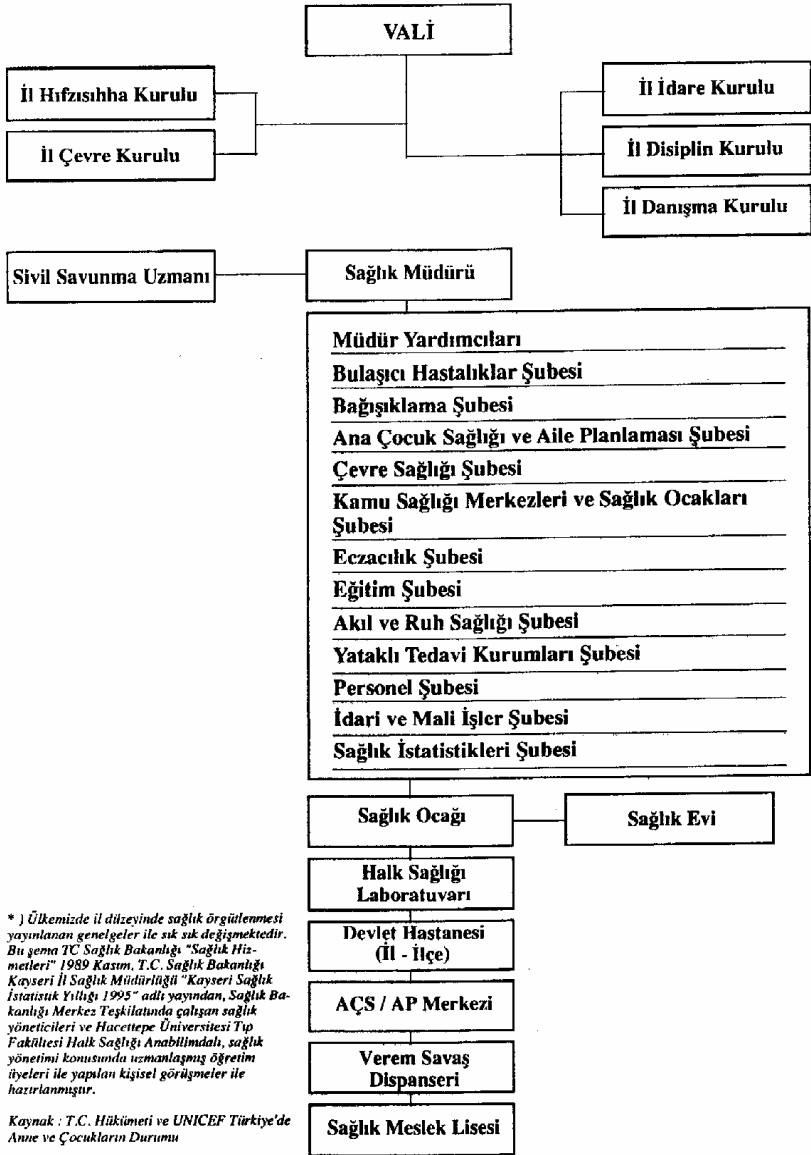
Şema 1. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı merkez örgütü



*: İkras anlaşmaları gereği Bakan onayı ile kurulmuştur.

Kaynak: 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname. 1980

Şema 2. Türkiye il düzeyinde sağlık örgütlenmesi



Ülkemizde sağlık hizmetinin sunumundan Sağlık Bakanlığı sorumludur. Ancak il ve ilçelerde Sağlık Bakanlığı dışında diğer bakanlıklara ait sağlık kurumları (kurum hekimleri gibi), sosyal sigortalar kurumuna ait sağlık örgütlenmesi, kamu

iktisadi teşebbüslere ait sağlık kurumları (TCDD Hastaneleri gibi) yerel yönetimlere ait sağlık kurumları (belediye hastaneleri gibi), Milli Savunma Bakanlığı'na ait sağlık kurumları, özel sağlık hizmeti sunan birimler (özel hekim/klinik/hastane/ laboratuvar gibi) ve ayrıca gönüllü kuruluşlara ait sağlık birimleri bulunmaktadır. Bu da göstermektedir ki, illerde sağlık hizmeti sunumunda bir çok sektör yer almaktadır ve Sağlık müdürleri bu sektörlerle zaman zaman işbirliği yapmak durumundadırlar.

İlde temel sağlık hizmetlerinin sunumundan İl Sağlık Müdürleri sorumludur. İl Sağlık müdürlüklerinde ise temel sağlık hizmetlerini yürüten birim sağlık ocaklarıdır. Ayrıca temel sağlık hizmetlerindeki faaliyetler içinde yer alan, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması , sağlık eğitimi ve aşılama il merkezlerinde ve büyük ilçelerde bulunan ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri tarafından da verilmektedir.

Şema 2, il düzeyinde sağlık ocaklarına kadar uzanan il sağlık hizmet örgütlenmesinde, şema 1 ise merkez hizmet örgütünü göstermektedir. Bu hizmetler “aşağıdan yukarıya” faaliyetlerin sistem içindeki akışını belirtmektedir. Örneğin; “ulusal gelişme politikaları, ulusal sağlık planı, sağlık bakanlığı kılavuzları, öncelikler ve programların uygulanması” “yukarıdan aşağıya” iletilen faaliyetlerdir. İl düzeyinde en uçta sağlık ocaklarından başlayan il ve ilçe hizmet birimlerinin tüm etkinlikleri ve bunların sağlık bakanlığının merkez örgütüne iletilmesine “aşağıdan yukarıya” faaliyetleri göstermektedir.

1.2.İl/ilçe sağlık yönetim ekibi

İl sağlık müdürleri, müdür yardımcıları ve şube müdürleri “aşağıdan yukarıya” ve “yukarıdan aşağıya” faaliyetlerin düzenlenmesinde beraber çalışırlar. Bu ortak çalışmada zaman zaman sağlık grup başkanları, devlet hastanesi başhekimleri, halk sağlığı laboratuvarı müdürleri ve sağlık ocaklarında yönetimden sorumlu hekimlerin de yer aldığı görülmektedir. Bu da ildeki **il sağlık yönetim ekibi (İl SYE)** olarak adlandırılabilir.

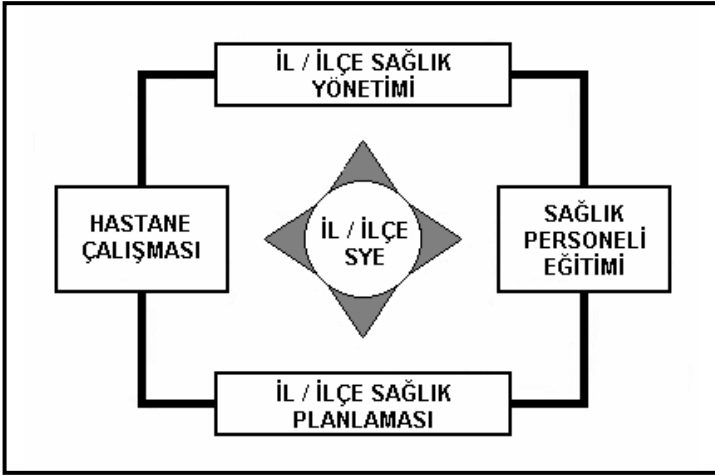
İlçe düzeyinde ise, genellikle sağlık grup başkanlıkları vardır ve başkan genellikle ilçe devlet hastanesi başhekimidir. Sağlık ocaklarının yönetimlerinden sorumlu sağlık ocağı hekimleri ve varsa halk sağlığı laboratuvarı müdürleri ilçe sağlık hizmetini yürüten yönetimi oluşturmaktadırlar. Bu da **ilçe yönetim ekibi (İlçe SYE)** olarak adlandırılabilir.

Sağlık ocağında da bir yönetim ekibi bulunmaktadır. Bu ekipte ise, idareci statüsünde bulunan ocak hekimi ve diğer hekimler, halk sağlığı hemşiresi ve ebesi sağlık memuru veya çevre sağlığı teknisyeni yer almaktadır.

İl/ilçe sağlık yönetim ekipleri sağlık hizmetlerini düzenlemeli, sağlık programları uygulamalarını yerel yönetim, diğer sektörler, gönüllü kuruluşlar ve toplum temsilcileri ile sektörlerarası işbirliği sağlayarak yürütülmelidir.

İl/ilçe sağlık yönetim ekibi personelinin toplum içinde çalışan sağlık personeline kadar, her kademedeki yer alan sağlık personeli tarafından, sağlık hizmeti değişik yönleriyle topluma sunulmaktadır. Temel sağlık hizmetleri toplum içinde yer alan yer alan sağlık ocakları ve ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde sunulmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri yine bu kurumlar tarafından sunulmaktadır, ancak devlet hastaneleri tedavi edici sağlık hizmetlerinin merkezleridir ve birinci basamak sağlık kurumlarından sevk edilen hastaların ilk sevk basamağıdır.

Şekil 1. İl/İlçe sağlık yönetim ekibinin sorumlulukları



İl/ilçe sağlık yönetim ekibinin çalışmalarını dört ana sorumluluk alanına bölmek yararlı olacaktır.

- İl/ilçe sağlık planlaması (buna, toplum katılımı, yerel yönetim ve sektörlerarası eşgüdüm ve işbirliği dahildir.)
- İl/ilçe sağlık yönetimi ve tüm koruyucu sağlık hizmeti programlarının (aşılama, gebe izlemi, bebek izlemi gibi) yürütülmesi,
- İl ve ilçedeki sağlık personelinin eğitim ve denetimi.
- Devlet hastanesi ve poliklinik hizmetleri (buna birinci, ikinci ve üçüncü basamak sevk zincirlerinin oluşturulması dahildir)

İl/ilçe sağlık yönetim ekibi tüm bu görevlerin etkin olarak yerine getirebilmek için,

kapsamlı bir sağlık ilgisini toplamak ve kullanmak zorundadır. Sağlık bilgilerinin sağlık planlaması, yönetimi ve değerlendirilmesinde kullanılabilmesi için ekibin tüm üyelerinin kendilerine yetecek kadar epidemiyolojiyi bilmeleri gerekmektedir.

1.3. İl/ilçe sağlık düzeyinin belirlenebilmesi için gerekli tanımlayıcı bilgiler

İl/ilçe sağlık yönetim ekibinin ihtiyacı olabilecek bilgiler şu şekilde özetlenebilir:

1.3.a. İl/ilçeye ait genel bilgiler

- İl/ilçenin tarihi, fiziki ve iklim özellikleri, toplumun yapısı, ekonomik gelişmesi, kişilerin meslekleri gibi,
- Köy ve kasabaların coğrafi dağılımı, ana yollar ile nehir ve dağlar gibi önemli özellikler.

1.3.b. İl/ilçe nüfusu

İl/ilçe nüfusu öğrenilmesi gereken ilk bilgidir. İl/ilçe nüfusu hizmetin verileceği “**risk altındaki**” toplam kişi sayısıdır. Epidemiyolojideki en önemli kavramlardan biri risk altındaki nüfustur, buna **paydadaki nüfus** da denir. Herhangi bir hastalık veya sağlık sorunu olanlar kadar, bunlarla karşılaşılabilecek tüm kişileri de bilmek önem taşımaktadır. Payda kavramı sağlık planlaması, sağlık programlarının yönetimi ile sağlığı geliştirme ve hastalık kontrol faaliyetleri için gereken bilgiyi geliştirmede anahtardır. Örneğin, il/ilçe yönetim ekibi yalnız her ay kaç çocuğun aşılandığını, kaç gebenin izlendiğini, kaç çocuğun izleniminin yapıldığını veya kaç poliklinik yaptığını değil, ayna zamanda aşılanacak tüm çocukların, izlenecek tüm gebelerin, izlenecek tüm çocukların ve bölgede oturan tüm insanların sayısını da bilmesi gerekir.

Gelişmekte olan bir ülke için yaş gruplarına göre nüfus dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir. Pek çok gelişmekte olan ülke için nüfusun yaş gruplarına ait yüzdeleri bu tablodaki yüzdelerle yakın olarak elde etmek mümkündür. Gelişmekte olan bir ülkede 1 yaşın altındaki bebekler (0-11 ay) toplam nüfusun % 3-4’ünü, 0-4 yaş çocuklar yaklaşık % 18-20’sini (beşte bir), 0-14 yaş çocuklar yaklaşık % 40-44’ünü (beşte iki) oluşturmaktadırlar. Doğurganlık çağındaki kadınlar (15-44 yaşlar arası) toplam nüfusun yaklaşık olarak % 20-22 (beşte bir) oranındadırlar. Böylece, doğurganlık çağındaki kadınlarla 5 yaş altı çocuklar, toplam nüfusun yaklaşık % 40’ını veya beşte ikisini oluşturmadıkları.

Tablo 1. Gelişmekte olan bir ülke nüfusunun yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş Grupları (yıl)	Yüzde	Nüfus
1 yaş altı	4	8.000
1-4	14	28.000
5-14	26	52.000
15-44	43	86.000
45 +	13	26.000
Toplam	100	200.000

Tablo 2’de Türkiye 1990 yılı genel nüfus sayımına göre nüfusun yaş grupları ve cinsiyetine göre dağılımı verilmiştir. Ülke nüfusunun yaş grupları ve cinsiyetine göre dağılımına ait yüzdeler il/ilçedeki toplam nüfus bilindiği zaman yaş gruplarındaki kişi sayısının yaklaşık olarak bulunmasında kullanılabilirler.

Tablo 2: Türkiye 1990 yılı Nüfusunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grupları	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-4	3 052 255	5.4	2 902 489	5.2	5 954 744	10.6
5-14	7 102 309	12.6	6 688 299	11.8	13 790 608	24.4
15-44	13 481 783	23.9	13 008 114	23.0	26 489 897	46.9
45+	4 944 319	8.8	5 248 985	9.3	10 193 304	18.1
Bilinmeyen	26 381	*	18 101	*	44 482	*
Toplam	28 607 047	50.7	27 865 988	49.3	56 473 035	100.0

* Bilinmeyenler yüzde hesaplaması sırasında çıkarılmıştır.

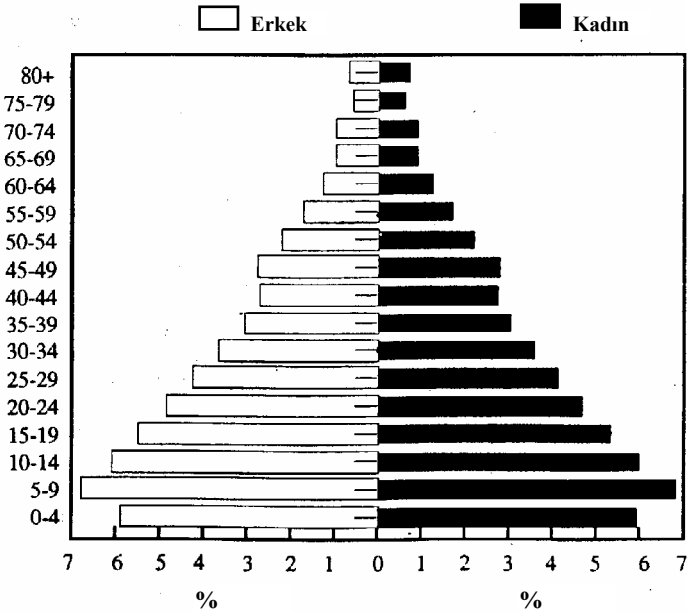
Kaynak: T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. Türkiye İstatistik Yıllık 1993.

Toplam nüfusun yaş grupları ve cinsiyetine göre dağılımı (her 5 yıllık yaş gruplarındaki erkeklerin ve kadınların yüzdeleri kullanılarak) nüfus piramidi ile de gösterilebilir. Nüfus piramidindeki bilgiler, belirli yaşa ve cinsiyete özel hızları hesaplamak için gereken paydaları (risk altındaki nüfus) göstermeye yarar. Yaş grupları ve cinsiyet yapısı değişik bölgelerde farklılıklar gösterebilir. Örneğin, erkekler kasabalarda, madenler civarında ve büyük tarım işletmelerinde çalışmaktadırlar ve bu bölgelerde çalışma çağı erkek nüfusun toplam nüfus içindeki payı da yüksek olmaktadır. Erkeklerin kırsal alanlardan kentsel alanlara önemli ölçüde göç ettiği yerlerdeki köylerde, yaşlı, kadın ve çocuk oranlarının toplam nüfus içindeki payı daha yüksek olmaktadır.

Kilometre kareye (km²) düşen ortalama kişi sayısı nüfus yoğunluğu gösterir. Nüfus yoğunluğu iller arasında, hatta aynı yıl içinde ilçeler arasında farklılıklar

gösterebilir. Verimli toprağı olan yerleşim birimlerinde, endüstriyel olarak gelişmiş bölgelerde nüfus yoğunluğu daha fazladır. Hızla artan veya azalan nüfus yoğunluğu olan bölgelerde göç önemli bir faktördür. İlin nüfusu yoğunluğu ve dağılımını bilmek, sağlık hizmetlerini, özellikle yeni sağlık evleri ve sağlık ocaklarının kurulmasının planlamasında ve farklı sağlık programlarının ulaşılabilirliğinin ve kapsama düzeyini değerlendirmede çok önemlidir. Türkiye’de 1990 yılı nüfus sayımına göre ortalama nüfusu yoğunluğu kilometreye 73 kişidir, ancak iller arasında büyük farklılıklar olduğu görülmektedir. Örneğin, Erzincan İl’inde kilometrekareye 25 kişi düşerken, İstanbul İl’inde ise kilometrekareye 1.280 kişi düşmektedir ¹.

Şekil 2. Türkiye nüfus piramidi (1990 yılı nüfus sayımına göre)



Kaynak: T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Türkiye İstatistik Yıllık 1993.

Bir il/ilçedeki nüfus artışı bir yanda doğumlar ve il/ilçeye olan göçler, diğer yanda ise ölümler il/ilçeden dışarıya olan göçler arasındaki dengeye bağlıdır. Bazen bir il/ilçenin nüfusu gerçekten azalıyor olabilir, fakat bu o bölgede ölümlerin doğumlardan fazla olmasına bağlı değil, genellikle bölge dışına olan göçlere bağlıdır. Ülkemizde 1985-1990 yılı arasındaki nüfus artışı binde 21.7’dir.

1) T. C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Türkiye İstatistik Yıllığı, 1993

Doğal nüfus artış hızı göçleri içine almaz, yalnızca doğum ve ölümler arasındaki farktan hesaplanır. Pek çok gelişmekte olan ülkede doğal nüfus artış hızı yılda % 1 ile % 3 arasındadır ve aşağıdaki gibi hesaplanır:

$$\text{Doğal nüfus artış hızı} = \text{Kaba Doğum Hızı} - \text{Kaba Ölüm Hızı} \\ (\text{KDH} - \text{KÖH})$$

Bu hız, Tablo 3’de gösterildiği gibi, nüfusun ne hızla büyüyeceğini gösterir. Tablodaki değerler 100 kişiye en yakın olacak şekilde hesaplanmış ve yüzdeler tam sayıya yuvarlanmıştır.

Tablo 3. Bölge nüfusunun doğal nüfus artış hızı ile değişimi

Doğal nüfus artış hızı	Şimdiki bölge nüfusu	Nüfus artışı			
		10 yılda toplam	%	20 yılda toplam	%
% 1	200 000	220 900	10	244 000	22
% 2	200 000	243 800	22	297 200	49
% 3	200 000	268 800	34	361 200	81

Nüfustaki doğal nüfus artış hızı yanında iç ve dış göçler de hesaba katılmalıdır. Göçler hakkında kesin sayılar genellikle bilinmediği için, bu sayının tahmin edilmesi gerekir. Genel nüfus sayımına göre iç ve dış göçler hakkında bazı tahminler yapılabilir, fakat pek çok bölge için, muhtemelen yerel bilgilere dayanmak zorunda kalınacaktır.

Nüfus artışındaki tahminler, iki veya daha farklı yıldaki nüfus sayılarına göre yapılır. En basit yol, iki ayrı yıldaki nüfus sayıları arasındaki farkı alıp, bu sayıyı iki yıl arasındaki yıl sayısına bölmektir. Bu bize, yıllara göre ortalama yıllık nüfus artış hızını verecektir.

Örnek: Eğer bir sağlık bölgesinin nüfusu 31 Mart 1985’te 7.830 ve 30 Eylül 1989’da 8.450 ise yıllık ortalama nüfus artışı $(8.450 - 7.830) / 4.5 =$ nüfus 8.450 +138 = 8.588 olacaktır.

Örnek: 1990 yılı nüfus sayımına göre Türkiye’nin nüfusu 56.473.035 olup, 1985 ve 1990 yılı arası yıllık nüfus artış hızı % 0 21.71’dir ². Nüfus artış hızının 1990-1991 yılında aynı kaldığı kabul edilerek, %0 21.71 nüfus artış hızı ile 1991 nüfusa 1.226.029 kişi eklenmesi ve toplam nüfusun 57.699.064 olması

²) T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Türkiye İstatistik Yıllık, 1993.

beklenmektedir.

Bu yöntemle yıllık nüfus artışının değişmediği varsayılır. Bununla birlikte, uzun süreli projeksiyonlar yapıldığında, bu yöntem gittikçe artan oranlarda, gerçek nüfusa göre daha düşük tahminler yapılmasına yol açar. Çünkü nüfus her yıl değişmeyen bir mutlak değerle değil, sabit bir hızla artış gösterir.

Nüfus sayımları ve hatalar: Birçok gelişmekte olan ülkede, 5 ila 10 yılda bir , ülke çapında genel nüfus sayımı yapılır. Bilgiler belirli bir günde nüfus sayım memurları tarafından sayım alanlarındaki bilinen her evin gezilmesi ve evde yaşayan bütün insanların soruşturulmasıyla toplanır. Tüm ülke nüfusu belirlenerek, nüfus sayım raporları olarak yayınlanır. Bu raporlar resmi kuruluşlardan elde edilebilir.

Ülkemizde ilk genel nüfus sayımı 1927 yılında yapılmıştır. Daha sonra 1935 yılından itibaren her beş yılda bir olmak üzere toplam 13 genel nüfus sayımı yapılmıştır. Başbakanlığı bağlı Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından yapılan nüfus sayımlarının sonuncusu 2000 yılındadır.

Ülkemizde sağlık ocakları tarafından her yılın haziran ayında periyodik nüfus sayımları yapılmaktadır. Sağlık ocağı bölgesindeki her ev halkı için doldurulan ev halkı tespit fişlerine (ETF) hanede oturan kişilerin yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, sosyal güvence ve demografik hareketleri (doğum, ölüm ve göç), ayrıca bu fişin arka yüzüne evin çevre sağlığı koşulları (özellikle kırsal alanda ve geçekonu bölgelerinde önemli) hakkında bazı bilgiler işlenmektedir. Demografik hareketler yıl içinde düzenli olarak bu forma işlendiği gibi, her yıl haziran ayının ortasında tüm sağlık ocağı bölgesindeki evlere ait ev halkı tespit fişleri evler gezilerek kontrol edilmekte ve sağlık ocağının yıl ortası nüfusu belirlenmektedir. **Risk altındaki nüfus** veya **paydadaki nüfus**un bulunmasında, sağlık ocaklarında ev halkı tespit fişleriyle saptadıkları yıl ortası nüfuslarının doğru olarak tespit edilmesinin önemi büyüktür.

Nüfus hakkındaki verilerin doğruluğunun sınırlı olduğu daima akılda tutulmalıdır. Nüfus verilerindeki hatalara bir çok faktör etki ettiği için, bazı önemli bilgilerin toplanmasında, doğruluğu gösterecek yöntemlerinde bu bilgi toplama sistemine katılması gerekir. Örneğin, bir kadının kaç çocuğu olduğunu gerçekten ortaya çıkarmak için, ilk çocuktan başlayarak ve uzun aralıklı gebelikleri soruşturarak çocuklarının doğum sırasını sormak gerekir.

Genel olarak, sağlık düzeyi iyileştikçe sağlık planlaması ve değerlendirmesi için daha ayrıntılı veriler gerekir. Ayrıca, gelişmiş hizmetlerin olduğu bölgelerde doğru bilgiler elde etmek de daha kolay olacaktır. Ancak doğruluk hedefi % 100 olamaz. Buna ulaşılmak istense de, uygulamada bu hedefe ulaşmak ne

mümkündür, ne de gereklidir. Uygulamadaki hedef şu olmalıdır:

- Kaynaklar elverdiğince, doğruya en yakın verileri elde etmek,
- Verilerdeki hataların türü boyutlarını tahmin etmek. Mümkün olduğu kadar doğru veriler elde etmek kadar, verilerdeki yanlışları nerede, ne kadar olduğunu ve neden kaynaklandığını tespit etmek de önemlidir.

Farklı nüfus özellikleri hakkındaki bilgilerin doğruluğunu göstermek için, aşağıdaki örnekleri göz önünde bulundurmaya yararlı olacaktır.

Yaş: Yaş hastalıklarla yakından ilişkili olduğu için, bilinmesi gereken temel bir değişkendir. Aynı zamanda doğru olarak elde edilmesi en zor değişkenlerden de biridir. Kişiler yaşlarını bilmeseler de hangi yıl doğduklarını bilebilirler. Bunun için “kaç yaşında oldukları” ve “doğum tarihleri” olmak üzere her iki soru da sorulmalıdır ve hangi yanıtında daha güvenilir olduğuna bakılmalıdır. Yaş, doğum kayıtları elde edilemediği durumlarda, toplulukta görülen önemli olaylara (ramazan ayı, bayram, yılbaşı, ekin zamanı gibi) göre tahmin edilebilir. Daha küçük yaş grupları için genellikle daha kesin tahmin yöntemleri kullanılması gerekir. 6-24 aylık yaş aralığı için, eğer çocuk ciddi bir malnüstrisyon geçirmemişse, yaş şu formülle hesaplanabilir:

$$\text{Yaş (ay olarak)} = 6 + \text{çıkan diş sayısı}$$

Toplumun önemli bir bölümü, farklı yaşlar söyleyebilirler. İleri yaş gruplarında gençlere göre daha fazla hata görülmektedir. Yaş hatalarının çok yaygın görülen bir türü, yaşları yuvarlamaya eğilim gösterip, örneğin 30 veya 40 demektir. Bazen erkekler, daha fazla prestij sağladığından, daha yaşlı görünmek isterler ve eşlerini daha genç olarak bildirirler. Yaş hakkındaki yanlış bilgilerin yaş yapısını bozmasını önlemek için, kişileri 0-4, 5-9, 10-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65+ gibi beş ve on yıllık aralıklarla gruplamak en iyisidir. Bu hatalar yüzünden, yaşları kaydederken kesin kriterler kullanmak, yaşın nasıl hesaplandığını ve bilgi kaynağını belirtmek önemlidir.

Cinsiyet: Cinsiyet, her iki cinsiyetin farklı fizyolojik ve davranış yapıları olduğu için, öğrenilmesi gereken diğer bir önemli değişkendir. Araştırma grubunun cinsiyet dağılımı ile genel nüfusun cinsiyet dağılımı arasındaki farklılıklar, araştırma sonuçlarının geçerli olmaması şeklinde sonuçlanabilir.

Etnik grup: Aynı etnik gruptaki insanlar benzer sosyal ve kültürel uygulamalara sahiptir ve bu uygulamaların bazıları, başka gruplara göre daha yüksek veya daha düşük hastalık sıklıklarına neden olabilir. Bu yüzden değişen etnik gruplar üzerinde çalışmak ve onların sosyokültürel örüntülerini anlamak, bu topluluklarda hastalıkların nasıl azaltılacağına ilişkin ipuçları sağlayabileceği için önemlidir.

İş: Kişinin çalıştığı iş hakkında bilgi toplanırken, geçmişte çalıştığı işin mi, yoksa halen çalıştığı işin mi kaydedileceğine karar verilmelidir. Örneğin, bir göreve yeni başlamış bir kişi önceki 10 yıl boyunca tamamen farklı bir işte çalışmış olabilir. Kişinin halen çalıştığı iş ile birlikte, en uzun süre çalıştığı işinde kaydedilmesi daha yararlı olabilir. 15 yıl granit ocağında çalışan bir işçi, akciğer silikozisi nedeniyle işi bırakmış ve halen bekçi olarak görev yapıyor olabilir. Eğer kayıtlar onun sadece şimdiki görevini verirse, bir bekçinin nasıl silikozis olduğunu anlamak güç olacaktır. Aynı zamanda kırsal alanda çalışılan işin mevsimlere göre değişmesi de sık görülür. Bazı köylüler yağmurlu mevsimde çiftçilik, hasattan sonra ise balıkçılık yaparlar. Bu yüzden, birden fazla riske maruz kalma olasılığı akılda tutulmalıdır.

Yaptığı işin öğrenilmesinin yanı sıra, kişinin mesleğinin de öğrenilmesi yararlıdır. Mesleğin öğrenilmesi sırasında herkesin sahip olduğu meslek dışında başka bir işte çalışabileceği de mutlaka düşünülmelidir. Örneğin, kimyager olan bir kişi lisede öğretmen olarak ya da laboratuvarında laborant olarak çalışıyor olabilir. Sosyoekonomik düzeyin belirlenmesinde meslek ve yapılan işin beraber değerlendirilmesi gerekmektedir.

Diğer değişkenler: Din, sosyal sınıf, yerleşim yeri ve hareketlilik diğer değişkenlere ait verilerde gerekli olabilir. Göçebeler sayım ve kayıt sistemleri için sorunlar yaratırlar. Köy muhtarları göçebeler hakkındaki bilgileri nadiren bildirirler. Bu da bilgi toplama yöntemlerinin yerel koşullara göre uyarlanması gerektiğini gösterir.

1.3.c. Demografik hızlar

Kaba doğum hızı (KDH), genellikle nüfus sayımlarından veya özel demografik araştırmalardan, aşağıdaki formülle hesaplanır:

$$\text{KDH} = \frac{\text{bir bölgede bir yıl içinde toplam canlı doğum sayısı}}{\text{Aynı bölgede aynı yıl için yıl ortası nüfusu}} \times 1000$$

KDH doğurganlığı yüksek olan ülkelerde 45 doğum / 1.000 kişi/yıl civarındayken, doğurganlığı düşük ülkelerde yaklaşık 20 doğum/1.000 kişi/yıl olabilir. Ülkemizde kaba doğum hızı binde 22,9, kırsal kesimde binde 24,0 ve kentsel kesimde binde 21,7'dir.³

Bu hız her sağlık ocağı bölgesi için gebe izlem ve doğum kayıtlarından elde edilen doğum sayıları ve sağlık ocağı bölgesi yıl ortası nüfusu kullanılarak hesaplanabilir.

³) Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü ve Demographic and Health Surveys Macro International Inc. **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993** Ankara 1994.

Ayrıca hesaplanan kaba doğum hızı kullanılarak bir yıl sonraki beklenen canlı doğum sayısı da hesaplanabilir.

Örnek: Nüfusu 20 000 kişi olan bir bölgede KDH binde 20 ise yılda yaklaşık 400 veya ayda yaklaşık 33 doğum olacaktır.

$$\text{Toplam doğumlar} = \frac{\text{KDH}}{1\ 000} \times \text{nüfus} = \frac{20}{1\ 000} \times 20\ 000 = 400/\text{yıl}$$

Eğer sağlık ocağı kayıtlarında ayda 22 doğumun sağlık personeli yardımıyla yaptırıldığını bildiriyorsa, sağlık ocağı çalışmalarında kapsama düzeyinin yaklaşık % 67 olduğu tahmin edilebilir. Bu durumda “bölge ne kadar başarılıdır?” sorusunu sormak gerekir.

Fertilite (doğurganlık) hızı (DH), genellikle nüfus sayımları veya özel demografik araştırmalardan elde edilen yaşa ve cinsiyete özel bir hızdır. Bu hız, doğurganlık çağındaki (15-44 yaş) kadınların ne sıklıkla doğurduklarının bir ölçüsüdür. Bu nedenle, KDH'nın yüksek olduğu yerlerde DH da yüksek olacaktır. Bu hız, ortalama bir doğurganlık hızı olan gelişmekte olan bir ülkede 15-44 yaştaki her 1000 kadında 100-150 doğum/yıl, yüksek doğurganlığı olan bir ülkede binde 200, ve düşük doğurganlığı olan bir ülkede ise binde 60 olabilir. Ülkemizde ise doğurganlık hızı binde 95 olup, kırsal kesimde binde 102 ve kentsel kesimde binde 87'dir⁴.

$$\text{FH} = \frac{\text{bir bölgede bir yıl içinde olan toplam canlı doğum sayısı}}{\text{aynı bölgede aynı yıl için 15-49 yaş grubu yıl ortası nüfusu}} \times 1\ 000$$

Kaba ölüm hızı (KÖH), genellikle nüfus sayımlarından veya özel demografik araştırmalardan, aşağıdaki formülle hesaplanır:

$$\text{KÖH} = \frac{\text{bir bölgede bir yıl içinde olan toplam ölüm sayısı}}{\text{aynı bölgede aynı yıl için yıl ortası nüfusu}} \times 1\ 000$$

Bu hız, gelişmiş bölgelerde yılda 1 000 kişide 10 ölüm civarında iken, daha yoksul toplumlarda yılda 1 000 kişide 20 ölümden fazla olabilir. Ülkemizde kaba ölüm hızı binde 7.9'dur.⁵

⁴) Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü ve Demographic and Health Surveys Macro International Inc. **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993** Ankara 1994.

⁵) Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü ve Demographic and Health Surveys Macro International Inc. **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993** Ankara 1994.

Bu hız her sağlık ocağı bölgesi için ölüm kayıtlarından elde edilen ölüm sayıları ve sağlık ocağı bölgesi yıl ortası nüfusu kullanılarak hesaplanabilir. Ayrıca hesaplanan kaba ölüm hızı kullanılarak bir yıl sonraki beklenen ölüm sayısı da hesaplanabilir.

Bebek ölüm hızı (BÖH), yaşamın 0-11 aylarında ölen bebeklerin tüm canlı doğumlara oranıdır ve sağlık düzeyinin iyi bir göstergesi olarak kabul edilir. Genellikle nüfus sayımlarından ve özel demografik araştırmalardan hesaplanır. Gerçek BÖH hızının hesaplanmasında pek çok teknik sorun vardır ve çok iyi bir kayıt sistemi uygulanmadıkça, sağlık çalışanları tahminlerinin doğruluğuna fazla güvenmemelidirler. BÖH için genellikle şu formül kullanılır:

$$\text{BÖH} = \frac{\text{bir bölgede bir yıl içinde 0-11 aylık ölen bebek sayısı}}{\text{aynı bölgede aynı yıl içindeki canlı doğum sayısı}} \times 1000$$

Bir çok gelişmekte olan yoksul ülkede, bebek ölüm hızları, sıklıkla yılda her 1000 doğumda 60 ile 150 bebek ölümü arasındadır, fakat daha ciddi durumlarda 200 veya daha yüksek olabilir. Ülkemizde bebek ölüm hızı binde 52.6'dır.⁶

Sağlık ocağı bölgesinde hesaplanan BÖH ortalama bir sayıdır, sıklıkla gerçek BÖH fakir ve dezavantajlı olan gruplarda daha yüksek, zengin gruplarda ise daha düşüktür. Bebek ölümlerinin yaklaşık yarısı yaşamının ilk ayında (0-28 günlük) gerçekleşir, bunlara, **neonatal (yenidoğan dönemi) ölümler** denir. **Yenidoğan sonrası ölümler (postneonatal)** ise 29-365 gün arasında olan ölümlerdir.

⁶) Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü ve Demographic and Health Surveys Macro International Inc. **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993** Ankara 1994.

Tablo 4. Ülkemizdeki bebek ve çocuk ölüm hızları (1993)

	Yeni Doğan Ölüm Hızı	Yeni Doğan Dönemi Sonrası Ölüm Hızı	Bebek Ölüm Hızı
Türkiye	29.2	23.4	52.6
Batı	29.7	13.0	42.7
Güney	34.6	20.8	55.4
Orta	29.4	28.5	57.9
Kuzey	16.2	28.0	44.2
Doğu	29.9	30.1	60.0

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü ve Demographic and Health Surveys Macro International Inc. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993 Ankara 1994.

Bebek ölüm hızı biliniyorsa toplam ölen bebek sayısı şu şekilde hesaplanır:

$$\text{Ölen bebek sayısı} = \frac{\text{BÖH}}{1\ 000} \times \text{doğum sayısı}$$

Nüfusu 20 000 kişi olan bir bölgede yılda 400 doğum oluyorsa ve BÖH binde 40 ise, ölen bebek sayısı şöyle bulunur:

$$\text{Ölen bebek sayısı} = \frac{40}{1\ 000} \times 400 = 16/\text{yılda}$$

Çocuk ölüm hızı (ÇÖH) (1-4 yaşa özel ölüm hızı): 1 ile 4 yaşlar arasındaki ölümleri içerir, malnütrisyon ve enfeksiyon hastalıkları bu yaş grubunda yaygın olduğu için önemlidir.

$$\text{ÇÖH} = \frac{\text{bir bölgede bir yıl içinde 1-4 yaş grubu çocuk ölümleri}}{\text{aynı bölgede aynı yıl için 1-4 yaş grubu yıl ortası nüfusu}} \times 1\ 000$$

Beş yaş altı ölüm oranı: Bugün için diğer önemli bir çocuk sağlığı göstergesidir⁷. Bu ölçütte her 1 000 canlı doğuma karşılık kaç tane beş yaşından küçük çocuğun

⁷)Birleşmiş Milletler çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), Dünya Çocuklarının Durumu 1994.

öldüğü gösterilmektedir. Ülkemiz için bu değer 1993 yılında %0.60.9⁸ olarak bulunmuştur.

$$BYA\ddot{O}O = \frac{\text{bir bölgede bir yıl içindeki 5 yaş altındaki çocuk ölüm sayısı}}{\text{aynı bölgede aynı yıl için canlı doğum sayısı}} \times 1000$$

Ana ölüm hızı (AÖH), doğru olarak hesaplanması güç olduğu için zaman zaman göz ardı edilen bir ölüm hızıdır. Paydada doğurganlık çağındaki kadınlar yerine toplam doğumların kullanılması gerekir. Gelişmekte olan ülkelerde kadın başına düşen ortalama doğum sayısı da yüksektir ve yüzden bir kadının gebelik komplikasyonundan ölme riski, gelişmekte olan ülkelere göre 400 kat daha fazladır. Gelişmekte olan ülkelere kayıtların yeterli olmamasından dolayı toplam doğum sayısı bilinmemektedir ve ana ölümlerinin olması gerekenden daha az önemli olduğu izlenimini verebilir. Bu nedenle bu ölçüt hesaplanırken paydada yalnızca canlı doğum sayısı kullanılır.

$$A\ddot{O}H = \frac{\text{bir bölgede bir yıl içindeki gebelik döneminde, doğum sırasında ve doğumdan sonra ilk 6 hafta içindeki anne ölüm sayısı}}{\text{aynı bölgede aynı yıl için toplam canlı doğum sayısı}} \times \text{katsayı}$$

Katsayı olarak genellikle 10 000 veya 100 000 kullanılır.

I.3.d. Sağlık durumu, morbidite ve mortalite özellikleri

Bu konu ile detaylı bilgi daha sonraki konularda verilecektir.

I.3.e. Bölge sağlık hizmetlerinin, özellikle, ulaşılabilirlik, kapsam ve etkinlik yönlerinden düzenlenmesi.

Hizmeti alanlarla hizmeti alması gerekenler arasında yapılan karşılaştırmaya hizmetin kapsama düzeyi denir. Temel programlarda kapsama düzeyini yüksek tutmak için il/ilçe sağlık yönetim ekibinin en önemli yönetim görevidir. Ulaşılan kapsama düzeyinin değerlendirilmesi, bölge sağlık planının iyileştirilmesi için başlangıç noktasıdır. Örneğin, bölgede her yıl kaç gebelik olur ve doğumların yüzde kaçını eğitilmiş sağlık personeline yaptırılır? Çocukların ne kadarı kızamık ve tüberküloz için tam aşılandır? Evlerin ne kadarında sağlıklı su ve tuvalet bulunmaktadır?

⁸) Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü ve Demographic and Health Surveys Macro International Inc. **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993** Ankara 1994.

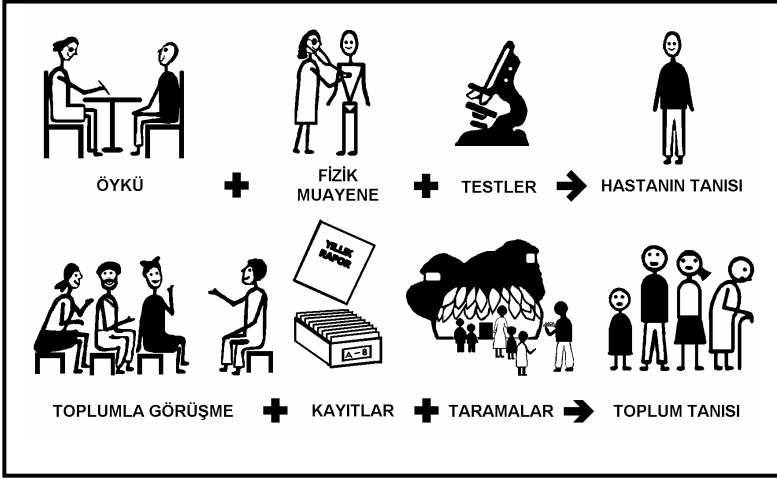
I.4. Topluma kanı koyma

Klinik bilimlerde hastanın tedavisi için esas olan tanıdır. Klinisyen, ilk görüşmede hastanın yakınmalarını sorar, öyküsünü alır, fizik muayenesini yapar, gerekli laboratuvar tetkiklerini ve diğer tetkikleri gerçekleştirir. Bu ilk belirlemeler sonucunda tedavi uygulanır ve bundan sonra bu döngü, hastanın durumunu izlemek ve gelecekteki girişimlere rehber olması için tekrarlanır. Klinik tıbbın temeli; ve ana dayanağı olan tanı, bilinen ve yaygın olarak kabul edilen bir kavramdır.

Toplum sağlığı ile klinik tıp arasında yaklaşım açısından benzerlik vardır. Topluma tanı koyma halk sağlığında da aynı derecede önemlidir. Klinisyen gibi halk sağlıkçının da etkili adım atabilmek için temel olarak tanıya ihtiyacı vardır. Klinisyenin hastadaki gelişimi izlemesi gibi, halk sağlıkçı da toplum içindeki gelişmeyi sürekli olarak değerlendirmelidir. Toplum sağlığında, tüm nüfusu incelemek ve bölgenin sağlık sorunlarını en uygun şekilde tanımlayacak ve açıklayacak tanı göstergelerini seçebilmek için epidemiyolojik yöntemlere ihtiyaç vardır. Bundan sonra topluma tanı koymak ve hangi programların toplumun sağlık durumunu yükseltmek için daha etkili olabileceğine karar vermek gerekir. Toplum sağlığına tanı konulması ve izlenmesinde bir halk sağlıkçının saha araştırmaları yapması gerekmektedir. Bu şekilde toplumdaki sağlık ve hastalık örüntüsünü tanımlamada, toplumun sağlığını etkileyen çevresel, davranışsal ve diğer faktörleri belirlemede ve çeşitli müdahalelerin etkilerinin nesnel olarak değerlendirilmesinde yardımcı olabilir.

Bununla birlikte yaklaşımda temel bir farklılık vardır. Klinisyenler genellikle hastayı hastalık başladıktan sonra görürler. Bu nedenle hastayı tedavi ederek yeni vakaların sayısını azaltmakta veya altta yatan sağlık sorunlarını ortadan kaldırılmasında fazla yararlı olamazlar. Bunun aksine toplum içinde çalışan hekim hastalıkların niçin ortaya çıktığını ve nasıl önlenebileceğini anlamaya çalışır. Bunun içinde epidemiyolojik bilgileri bilme ve kullanma şarttır. Bu nedenle, toplumun sağlık düzeyini yükseltmeyi ve hastalıkları azaltmayı amaçlayan toplum sağlığı programlarında çalışan sağlık çalışanlarının epidemiyolojik yaklaşımı mutlaka kullanabilmeleri gerekir. Bu karşılaştırma Tablo 5 ve şekil 3'te özetlenmiştir.

Şekil 3. Klinik tanı ile toplum kanısının karşılaştırılması



Tablo 5. Klinik tıpla toplum sağlığı programlarının karşılaştırılması

	Klinik Tıp	Toplum Sağlığı Programları
1. Amaç	Hastayı iyileştirmek	Toplumun sağlık düzeyini yükseltmek
2. Gerekli Bilgi	Klinik öykü, fizik muayene ve ...	Nüfus verileri, sağlık sorunları, hastalıklar, sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği, laboratuvar incelemeleri
3. Tanı	Ayırıcı tanı ve olası tanı	Toplum tanı koyma ve gerekli faaliyetler için öncelikleri saptama
4. Faaliyet Planı	Tedavi ve rehabilitasyon	Toplum sağlığı programları
5. Değerlendirme	İzleme ve değerlendirme	Sağlık durumundaki değişiklikleri değerlendirme

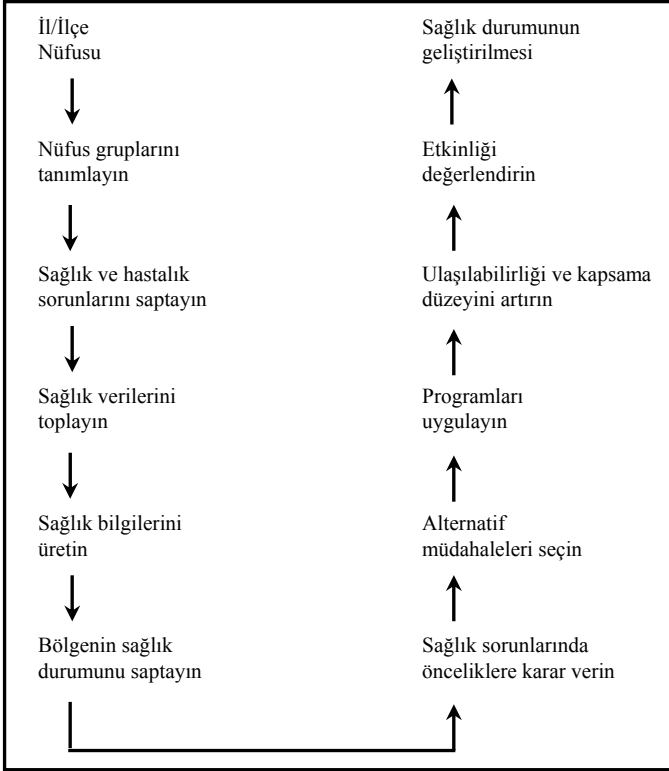
I.5. İl/ilçe sağlık yönetim ekibinin epidemiyolojik ve planlama özet inceleme listesi

İl/ilçe sağlık yönetim ekibinin temel görevi geliştirici, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini kapsayan Temel Sağlık Hizmetlerinin planlanmasıdır. İl/ilçe sağlık yönetim ekibinin bunu gerçekleştirmek için sağlık bilgilerine ihtiyacı vardır.

Bu bilgiyi sağlamak ve kullanmakta bu ekibin görevidir.

Sağlık planlaması ve yönetim döngüsünü yürütmek amacıyla il/ilçe sağlık yönetim ekibinin, bölge nüfusundan başlayarak, aşağıdaki görevler için epidemiyolojik bilgi ve becerilere sahip olması gerekir (şekil 4).

Şekil 4. Epidemiyoloji ve planlama becerisi gerektiren görevler



Bölge nüfusundan başlayarak:

- Toplumunu yaş grupları, cinsiyet ve yerleşim yerlerine göre tanımlamak.
- Sağlık ve hastalık sorunlarını belirlemek, özellikle morbidite ve mortalitenin önemli nedenlerini saptamak.
- Rutin hizmetler, sörveyans ve araştırmalarla sağlık verileri toplamak.
- Veri analizleri yoluyla sağlık bilgilerini oluşturmak.
- Sağlık bilgilerini yorumlamak, üst makama ve en uçtaki birimlere iletmek.
- Genel nüfusun ve yüksek risk gruplarının sağlık düzeyini belirlemek.
- Öncelikli sağlık sorunlarına karar vermek.

- Alternatif müdahaleler arasında doğru seçime karar vermek için sağlık bilgilerini kullanmak.
 - Gelişmeleri sağlık programlarına uygulamak.
 - Hizmetin ulaşılabilirliği ve kapsama düzeyini tahmin etmek.
 - Sağlık sorunlarını çözmeye, morbitide ve mortaliteyi azaltmada kullanılan sağlık programlarının etkinliğini değerlendirmek.
 - Bölge halkının sağlık düzeyindeki değişiklikleri belirlemek.
 - Doğum ve doğurganlık hızları ile ana, bebek, çocuk ve kaba ölüm hızlarına ait demografik göstergeler.
-

Bölüm 2

EPİDEMİYOLOJİK İLKELER VE EPİDEMİYOLOJİK SAĞLIK BİLGİSİ

II.1. Epidemiyolojinin tanımı ve yaklaşımlar

Epidemiyolojinin tanımı aşağıda verilmiştir: **Epidemiyoloji, topluluklardaki hastalık ve sağlık sorunlarının dağılımlarını, sıklıklarını ve etkenlerini inceleyen ve müdahale programları geliştirerek, bunları uygulamaya koyan bir çalışma alanıdır.** Epidemiyolojinin amacı sağlığı geliştirmek ve hastalıkları azaltmak için sağlık bilgilerini toplamak, yorumlamak ve kullanmaktır. Temel epidemiyolojik kavramlar sadece il/ilçe sağlık yönetim ekibi için değil, tüm sağlık çalışanları içinde gerekli ve geçerlidir.

İl/ilçe sağlık yönetim ekibinin epidemiyolojik yaklaşımı kullanırken, dört aşamayı göz önünde bulundurması gerekir. Birincisi **tanımlayıcı epidemiyolojidir**. Sorun nedir, sorunun sıklığı nedir, kimleri etkiler, nerede görülür ve ne zaman görülür sorunlarını sorar. Yukarıda verilen tanımın hastalık dağılımı ve sıklığı bölümü ile ilgilenir.

İkinci aşama sıklıkla **analitik epidemiyoloji** olarak adlandırılır. Hastalığın nasıl oluştuğu, neden devam ettiği gibi sorulara yanıt vermek için, hipotezleri test ederek hastalıkların nedenlerini ve belirleyicilerini bulmaya çalışır.

Üçüncü aşama, hastalıkların kontrolleri için kullanılan yeni yöntemlerin etkinliklerini veya altta yatan nedenlerin düzeltilmesi hakkındaki sorulara yanıt vermek için, klinik ve toplum deneylerinin kullanıldığı **müdahale veya deneysel epidemiyolojidir**.

Dördüncü aşama **değerlendirme epidemiyolojisi** olarak adlandırılabilir. Çünkü çeşitli sağlık hizmetleri ve programlarının etkinliklerini ölçmeye ve çok önemli bir soruya yanıt vermeye çalışır: Ne olmuş? Sağlık düzeyinde bir gelişme var mı?

Analitik ve deneysel aşamalar vaka-kontrol, kohort çalışmaları ve kontrollü deneyler gibi karmaşık araştırma dayandığı için il/ilçe yönetim ekipleri tarafından pek kullanılmaz. Fakat tanımlayıcı ve değerlendirme epidemiyolojisi özellikle sağlık yönetiminde çok yararlıdır ve her düzeydeki sağlık personeli tarafından

yaygın olarak bilinmeli ve kullanılmalıdır. İl sağlık göstergelerine bakarak, il sağlık müdürlüğünün çalışmaları değerlendirilerek programın etkinliği konusunda karar verilebilir. Programın uygulandığı yerler arasında göstergelerde farklılık varsa, uygulanan programlar arasında etkinlik farkı var olarak yorumlanır. Ayrıca survey ve kesitsel adını verdiğimiz epidemiyolojik araştırmalar konusunda daha ayrıntılı bilgi Epidemiyolojik Saha Araştırmaları bölümünde verilmiştir.

Epidemiyoloji, sağlığın geliştirilmesi ile hastalıkların kontrolü ve önlenmesi için gerekli tüm aktivitelerin planlanması, yönetilmesi ve değerlendirilmesi için gereken tüm bilgileri içerir. Elde edilmesi gereken bilgiler için aşağıdaki anahtar sorular sorulur:

- Ne** Sağlık sorunu, veya hastalık durumu nedir? Bulguları veya belirtileri nelerdir?
- Kim** Yaş, cinsiyet, sosyal durum, etnik grup, meslek, katılım ve kişisel alışkanlıklara göre kimler etkilenir?
- Nerede** Yerleşim yerine, coğrafi dağılıma ve maruziyet bölgesine göre sorun nerede oluşmaktadır?
- Ne zaman** Gün, ay, mevsim ve yıllara göre ne zaman olmaktadır?
- Nasıl** Sağlık sorunu, hastalık veya koşullar nasıl oluşur? Belirli koşullarla, vektörler, infeksiyon kaynakları, hassas gruplar ve diğer faktörlerle ilişkisi nedir?
- Niçin** Oluşma veya devam etme nedenlerine göre, niçin oluşur?
- Ne olmuş** Elde edilen bilgilere göre hangi müdahaleler yapılmış ve bunların etkisi ne olmuştur? Sağlık düzeyinde herhangi bir gelişme olmuş mudur?

Sağlık yönetim ekibinin üyeleri çalışma sürelerinin tamamında bir epidemiyolog olarak çalışmasalar da sağlık çalışmalarını tüm bölge halkı ve bazı alt grupların gereksinimlerine nasıl dayandıracaklarını bilmelidirler. Bunu yapmak için sadece sağlık hizmetlerini alanlar değil, almayanlar hakkında da sağlık bilgilerine ihtiyaç vardır.

Epidemiyolojideki önemli kavramlardan biri de **risk altındaki nüfus** olduğu daha önce bahsedilmiştir (Bölüm 1.3.b'de). Herhangi bir hastalık veya sağlık sorunu olanlar kadar, bunlarla karşılaşacak tüm kişilerin (**paydadaki nüfus**) de bilmek hayati önem taşır.

II.2. Tanımlayıcı epidemiyoloji

Bir sağlık veya hastalık sorununu epidemiyolojik bir bakış açısından anlamamız ilk aşaması kim, nerede ve ne zaman değişkenlikleri veya özellikleri ile tanımlamaktır. Bütün bilgiler toplandıktan sonra ikinci aşamada bunların açıklanmasına çalışılır.

Kim : En önemli değişkenler yaş ,cinsiyet, eğitim, meslek, iş, gelir düzeyi, kültürel yapı, dini grup, aile büyüklüğü, beslenme ve bağışıklık durumudur. Diğer gruplamalar, kliniğe başvurma ve başvurmama, tuvaleti olan ve olmayan veya normal ve düşük doğum ağırlıklı bebekler gibi konuya özel değişkenlere göre yapılabilir. Duruma uygun herhangi bir değişken, kişilerin kesin olarak herhangi bir katogeriye girmesi şartıyla kullanılabilir.

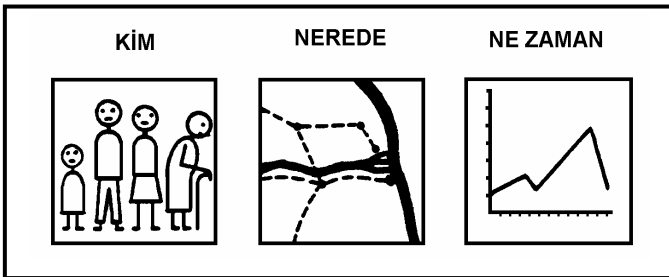
Nerede : İnsanların yaşadıkları bölge veya çalıştıkları yer bir ölçüde, hangi sağlık sorunları ve hastalıklar ile karşılaştıklarını ve sağlık hizmetlerinden ne ölçüde yaralandıklarını belirleyebilir. Örneğin, şu değişkenler kullanılabilir:

- Kasaba, köy veya izole bir yerleşim yeri.
- Nehir, orman, fabrika veya toksik madde kaynaklarına yakınlık.
- Dispanser, sağlık ocağı veya hastaneye uzaklık.

Ne zaman : Sağlık sorunlarının ne zaman ciddi bir hal aldığını veya yeni vaka sayısının ne zaman en yüksek seviyeye çıktığını bilmek önemlidir. Bunu göstermek için vakalar, episodlar veya olaylar günlük, haftalık, aylık veya yıllık yeni vakalar olarak gruplandırılabilir. Zaman aralığı incelenen konuya göre değişir, örneğin:

- Günlük yeni kolera vakaları
- Haftalık yeni kızamık vakaları
- Aylık yeni gebe kayıtları

Şekil 5. Tanımlayıcı epidemiyoloji Kim? Nerede? Ve Ne Zaman?



II.3. Sağlık göstergeleri

En kolay elde edilebilir şekilde kalması uygundur. Sayılar, toplum yer ve zaman olarak sınırlanmış ise ve toplum yapısının değişmez olduğu varsayılabilirse, önemli infeksiyon hastalıklarının, özellikle salgınların izlenmesinde kullanılır.

Belli bir zaman aralığı içinde trendlere bakıldığında veya alt gruplar ya da toplulukların hastalıklarının sıklıkları karşılaştırıldığında, vakaların toplam sayılarını kullanmak doğru olmayan sonuçlara yol açabilir. Bu nedenle sayı yerine hız kullanılmasının başlıca iki nedeni vardır:

1. Karşılaştırma yapmak. Risk altındaki kişilerin sayılarının farklı olduğu iki toplumu, nüfus büyüklüklerini standartlaştırarak, karşılaştırmak için. Örneğin; birkaç sağlık ocağı bölgesinin bebek ölüm hızları karşılaştırılabilir veya aynı sağlık ocağı bölgesinin 10 yıl önceki bebek ölüm hızıyla şu andaki bebek ölüm hızı karşılaştırılabilir.

2. Beklenen vaka sayısını hesaplamak. Bilinen bir hızın kullanılması ile beklenen vaka sayısı hesaplanabilir.

Örnek: Ülkemizde 1990 yılı nüfusu 56 473 035⁹, kaba doğum hızı binde 22.7 ve bebek ölüm hızı binde 52.6'dır¹⁰. Ülke nüfus, kaba doğum hızı ve bebek ölüm hızı kullanarak, canlı doğum sayısı ve daha sonra beklenen bebek ölüm sayısı hesaplanabilir.

Türkiye 1990 yılı nüfusu	:	56 473 035
Beklenen canlı doğum sayısı	:	1 281 937
Beklenen bebek ölüm sayısı	:	67 430

İl/ilçe sağlık yönetim ekibinin, beklenen vaka sayısını hesaplamak için bilinen hızların en doğrusunu kullanması çok önemlidir, çünkü bölge sağlık hizmetleri bu sayılara göre planlanarak verilecektir.

Hızların, vakaların sayısının, kişilerin sayılmasıyla mı, episodların (atak) sayılmasıyla mı, yoksa başvuruların sayılmasıyla mı elde edildiğinin açıkça belirtilmesi son derece önemlidir. Akut solunun yolu infeksiyonları veya ishal gibi hastalıklarda, bir kişi bir yıl içinde birkaç ayrı atak geçirebilir ve her atakta sağlık ocağına iki veya üç kez başvurabilir. Bu durumda sadece bir kişi hastalanmıştır, fakat bir yılda birden fazla atak geçirmiş ve sağlık ocağına her atak için birden fazla başvuruda bulunmuştur. Diğer yandan, bir tüberküloz hastası

⁹) T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, *Türkiye İstatistik Yıllık 1993*

¹⁰) Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü ve Demographic and Health Surveys Macro International Inc. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993* Ankara 1994.

sadece bir atak olarak sayılıp bir vaka olarak kaydedilebilir, fakat önceki yıl içinde 12 kere başvurmuş olabilir.

Yönetici atak sayısı veya başvuru sayısından hangisinin hesaplanması gerektiğini daha önceden belirtilmelidir. Eğer toplumdaki kronik hastalığı olanların oranına (prevalans) gereksinim varsa, toplam hasta sayısı sayılmalıdır. Sıtma kontrol programının etkinliğini değerlendirmek için genellikle bir yıl içinde saptanan yeni atakların (insidans) sayısına ihtiyaç duyarız. Eğer sağlık hizmetlerinin kullanılması araştırılıyorsa, yeni ve tekrarlanan başvurulara ait bilgiler gereklidir. Bütün bu bilgiler hız şeklinde hesaplanır.

Ayrıca hızlar hesaplanırken vakaların sayısı pay, risk altındaki toplam nüfus payda olarak adlandırılır. Tanıma göre paydadaki tüm kişiler pay içinde yer alma riskine sahip olmalıdırlar. Ayrıca olayların oluştuğu zaman aralığı veya tarih de hızlarla birlikte belirtilmelidir. Örneğin böyle bir “nüfus bir sağlık ocağı bölgesinin tüm halkını veya bir bölümünü veya belirli bir yaş ve cinsiyet grubundaki tüm kişileri gösterebilir. Çeşitli hızların hesaplanmasında uygun paydanın kullanılmasının önemi dikkate alınmalıdır. Eğer belli bir hastalığın prevalans hızı hesaplanıyorsa, kullanılan payda bu hastalığa yakalanabilecek kişilerin toplam sayısı olmalıdır. Yaşa ve cinsiyete özel hızlarda, payda sadece uygun yaş veya cinsiyet grubundaki kişileri kapsar.

Örneğin, 20-24 yaş grubundaki kadınların yaşa özel doğurganlık hızları için, paydada yalnızca 20-24 yaş grubu kadınlar olmalıdır.

O halde hız olarak hesaplanan göstergeler var olan bir durumun tanımlanmasına yardım etmek ve belli bir zaman aralığındaki değişiklikleri veya trendleri ölçmek için kullanılan ölçütlerdir. Sağlık göstergelerinin çoğu niceliksel, bazıları ise daha niteliksel yapıdadır.

İl/ilçe sağlık yönetim ekibi, sağlık göstergelerini bölgenin sosyoekonomik gelişmesi ve temel sağlık hizmetleri için karara bağlanan politikaların analizinde, uygulanan sağlık programlarının gelişiminin izlenmesinde ve bunların toplumun sağlık düzeyine etkisinin değerlendirilmesinde kullanılır. Sağlık göstergeleri aşağıdaki konular için gereklidir:

- Mevcut durumun analizini yapmak.
- Karşılaştırmalar yapmak.
- Zaman içindeki değişiklikleri ölçmek ve değerlendirmeler yapmak.

Göstergeler ülkenin değişik bölgelerinin karşılaştırılmasını ve sağlık durumlarının yükselmesindeki gelişmeleri ölçmeyi sağlar. Göstergeler ayrıcalıklı gruplar ve fakirler gibi toplumdaki belirli alt grupların, veya kırsal ve kentsel bölgelerde yaşayanların sağlık durumları aralarındaki farklılıkları ortaya çıkarabilirler.

Sağlık ve beslenme göstergeleri, aynı zamanda genel gelişmenin dolaylı, hayat kalitesinin ise dolaysız ölçütüdür. Gelişme planlamacıları ve ekonomistler sosyal ve sağlık durum göstergelerini giderek artan bir biçimde değişik gelişme stratejilerini izleme de bir rehber olarak kullanmaktadır.

Sağlık göstergeleri mevcut durumu dolaylı veya dolaysız olarak ölçebilir. Örneğin; bebek ölüm hızı (BÖH), bebeklerin yaşamlarının ilk yılında ölme risklerinin dolaysız ölçüsüdür, fakat aynı zamanda, genel sosyoekonomik gelişmenin dolaylı bir ölçüsü olarak da kullanılır.

Sağlık durumundaki 5 yıl gibi nispeten kısa zaman aralıklarında değişimleri ölçerken çok hassas olmak gerekir. Örneğin, BÖH eğer bölgenin sağlık düzeyindeki gelişmeyi göstermek için kullanılacaksa çok dikkatli hesaplanmalıdır. Bu gibi durumlarda belli bir zaman sürecindeki bir trend bir olayın geliştiği, kötüleştiği veya aynı kaldığının göstergesidir.

II.4. İl/ilçe yönetim ekibinin kullanması gereken gösterge türleri

İl/ilçe sağlık yönetim ekibinin, sağlık göstergelerinin ilgili olduğu alanları aşağıdaki gibi sınıflandırması uygun olacaktır:

II.4.a. Sağlık politikaları.

Sağlık politikaları göstergelerini bölge düzeyinde sayısal hale çevirmek güç olduğu için, bunların kullanılması il/ilçe sağlık yönetim ekibinin genel kanaatine dayanır. Bunların içinde;

- temel sağlık hizmetlerinde politik yükümlülük düzeyi,
- toplum politikası ile ilgili kararlar yazılmış sağlık planlarının varlığı,
- bölge kaynaklarından yararlanılabilen insangücü ve parasal kaynaklar
- bölge düzeyinde kaynak ve imkanların eşit dağılıma durumu,
- sağlık planlaması ve yönetiminde desantralize örgütün varlığı,
- toplum katılımı mekanizmaları,
- sektörler arası eşgüdümün düzeyi ve resmi ve resmi olmayan sağlık kuruluşları arasındaki işbirliğinin derecesi gibi göstergeler vardır.

II.4.b. Sosyal ve ekonomik gelişme.

Sosyal ve ekonomik göstergeler, sağlığı etkileyen diğer olayları incelemek için yararlıdır. Bunlar arasında:

- ekonomik refahın düzey ve dağılımı,
- çalışma alanlarının düzey ve çeşitleri,
- okula yazılma ve yetişkinlerin okur yazarlık düzeyi
- uygun konut koşulları (içme ve kullanma sularının kalitesi, tuvaletin durumu, çöp toplama sistemi, ısıtma araçları ve kullanılan yakıt türü, oda başına düşen kişi sayısı gibi)
- sağlanan gıdaların hane halkı ve mevsimlere göre dağılımı gibi göstergeleri içerir.

II.4.c. Bölge nüfusu.

Nüfus göstergeleri, yaş-cinsiyet yapısı, yoğunluk, dağılım ve göç faktörlerini içerir. Doğum ve ölüm hızları doğurganlık ve doğal artış hızı gibi diğer göstergeler ise nüfusun büyümesi ile ilgili göstergelerdir. Bölge nüfusu bölümünde ayrıntılı olarak anlatılmıştır.

II. 4.d. Sağlık hizmetlerinin sağlanması.

Sağlık hizmeti sağlanması göstergeleri arasında:

- özellikle halk sağlığı çalışanları, sağlık evleri, sağlık ocakları, var ise ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri ve ilk basamak referans hastaneleri gibi sağlık program ve olanaklarına ulaşabilme.
- temel sağlık hizmetlerinin sekiz ana ögesi olan sağlık eğitimi, gıda kaynakları ve uygun beslenme, sağlıklı su ve sanitasyon, ana ve çocuk sağlığı aile planlaması, bağışıklama, endemik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü, uygun tedavi, temel ilaçların saptanması ve sağlanması
- bölgedeki kuruluşların ve sağlık çalışanlarının sayıları ile temel sağlık hizmetlerine ayrılan para ve gelirler gibi yerel kaynaklarla ilişkili göstergeler de yer almaktadır.

II.4.e. Sağlık düzeyi.

Sağlık durumunu gösteren en yararlı göstergeler üç grupta incelenebilir:

* Beslenme durumu

* Morbidite

* Mortalite

Doğru tanı konulabilmesi ve bildirilmesi için öncelikli standart vaka tanımı yapılmalıdır. Beslenme durumu, morbidite ve mortalite göstergelerinde en önemli adım, bir vakanın nasıl tanımlanacağına açıkça karar vermektir. Vaka tanımı Bildirim ve Sürveyans sistemleri bölümünde daha detaylı anlatılmıştır.

Beslenme durumu birkaç şekilde hesaplanabilir. Yaygın olarak düşük doğum ağırlıklı bebekler yüzdesi kullanılır; bu da 2500 gramın altında doğan bebeklerin tüm bebek sayısına bölünerek, yüzdesinin alınmasıyla bulunur. Bebek ve küçük çocukların beslenme durumlarının saptanmasında yaşa göre ağırlık, yaşa göre boy, boya göre ağırlık, üst-orta-kol çevresi gibi antropometrik ölçümler de kullanılır. Sağlık durumu hafif orta ve ağır malnütrisyonadaki çocukların yüzdesine göre belirlenir.

Hastalıkların (morbiditenin) ölçülmesinde kullanılan iki ana ölçüt prevalans ve insidansdır. Hangi ölçütün kullanıldığıının açık olarak belirtilmesi çok önemlidir.

İnsidans, belirli bir zaman aralığında, genellikle bir yıl içinde, ortaya çıkan yeni vakaların, episodların veya olayların sayısını gösterir. İnsidans sıklığının belirlenmesi için en temel ölçüdür ve bir durumun arttığını, azaldığını veya değişmediğini gösteren en iyi göstergedir. Bundan dolayı sağlık programlarının etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılacak en iyi ölçüttür. Örneğin gebelere izlenimler sırasında tetanoz aşısı yapılması programıyla neonatal tetanoz vaka sayısının azalması, programın etkinliğini gösterir.

$$\text{İnsidans hızı} = \frac{\text{Belirli bir zaman aralığındaki yeni vakalar}}{\text{Risk altındaki toplam nüfus}} \times \text{katsayı}$$

Hız, uygun bir tam sayı olarak belirtilebilmesi için seçilecek bir katsayı ile çarpılır. Genellikle kullanılan katsayılar 100, 1000 veya 10 000 dir.

Ayrıca sürveyans sistemlerinin değerlendirilmesi ve insanların sağlık hizmetlerini nasıl kullandıklarının analizinde de kullanılır. Bir yıl içinde bir bölgede görülen tüm doğum ve ölümler, bir yalda tanı konulan neonatal tetanozlar ve bir ayda antenatal kliniklere ilk kez başvuran kadın sayısı örnek olarak verilebilir.

Prevalans, zaman içinde belirli bir anda, sıklıkla belirli bir günde, var olan tüm vakaların, episodların veya olayların toplam sayısını gösterir. Prevalansı yorumlamak, geçmişte hastalığa yakalanıp, hastalığı halen devam eden kişilerin sayısına dayandığı için insidansı yorumlamaktan daha zordur. Prevalans, bir durumun önceki insidansı ile o durumun süresinin bir bileşimidir. Prevalans ile ölçülen bazı durumlara örnek olarak, her ay başında kayıtlarda görülen toplam tüberkülozlu hasta sayısı veya bir günde işgal edilen hastana yatak sayısı verilebilir.

$$\text{Prevalans hızı} = \frac{\text{Belirli bir anda var olan vakalar}}{\text{Risk altındaki toplam nüfus}} \times \text{X katsayı}$$

Prevalans, kronik durumlarda çok yararlıyken, insidans kızamık, ishal, pnömoni gibi kısa süreli hastalıklarda daha kullanışlıdır. Kesitsel araştırmalar genellikle prevalans hakkında bilgi verir ve özellikle tüberküloz veya kronik akciğer hastalıkları gibi kronik hastalıklar hakkında bilgi toplamak için yararlıdırlar.

Örnek: Tahmini yıl ortası nüfusu 20 000 kişi olan bir bölgede, 1990 yılı içinde 20 tüberküloz vakası bildirilmiştir.

$$\text{İnsidans hızı} = \frac{20}{20\,000} = 0.0001 \text{ vaka/kişi/yılda}$$

İnsidans hızı kullanılan katsayıya göre değişik şekillerde belirtilebilir:

$$\begin{array}{l} 0.1 \text{ vaka} / 100 \text{ kişi/yıl, veya} \\ 1 \text{ vaka} / 1\,000 \text{ kişi/yıl, veya} \\ 10 \text{ vaka} / 10\,000 \text{ kişi/yıl.} \end{array}$$

Örnek: 20 000 nüfuslu bir bölgede 1 Haziran 1990'da 400 gebede 200 anemi vakası bildirilmiştir:

$$\begin{aligned} \text{Prevalans hızı} &= \frac{200}{400} \quad \text{X katsayı} \\ &= 50 \text{ vaka} / 100 \text{ kişi (1 Haziran)} \\ &= 500 \text{ vaka} / 1\,000 \text{ kişi (1 Haziran)} \end{aligned}$$

Eğer, bölge için oldukça güvenilir hastalığa özel insidans veya prevalans hızları biliniyorsa veya ülke verileri varsa, bölgede bir yıl içinde beklenen vaka sayılarını yaklaşık olarak hesaplamak mümkün olabilir. Bu, özellikle tüberküloz gibi kronik hastalıklar için uygulanır. Ancak akut hastalıklar, mevsimsel veya yıllık dalgalanmalar gösterdikleri için özellikle mevsimsel olarak beklenen vaka sayılarının hesaplanmasında kullanılır. Bilinen hızlardan elde edilen vaka sayıları çok doğru olmasa da, pek çok sağlık planlaması, yönetim ve değerlendirme amaçları için yeterlidir.

Örnek: Akciğer tüberkülozu prevalansı binde 5 ise, 20 000 nüfuslu bir bölge kayıtlarında 20 vaka olmalıdır.

$$\begin{aligned} \text{Tüberküloz vaka sayısı} &= \text{prevalans hızı} \times 20\,000 \\ &= \frac{5}{1\,000} \times 20\,000 \\ &= 100/\text{yılda} \end{aligned}$$

Eğer kayıtlarda yalnızca 50 hasta varsa, verilen sağlık hizmetleri ile bölgedeki tüberküloz vakalarının yalnızca yaklaşık yarısı tedavi edilmektedir. Öyleyse şu soru akla gelebilir: Bu hizmetler ne kadar etkilidir? Bu örnek aynı zamanda, bölge

rutin bilgi sistemlerine bildirilmiş vakalardan hesaplanan insidans ve prevalans hızlarına güvenmenin niçin tehlikeli olacağını da göstermektedir.

Morbidite (hastalık) göstergeleri genellikle sıtma, ishal veya tüberküloz gibi sık görülen ve ciddi hastalıkların, hastalığa özel insidans veya prevalans hızlarına dayanır. Morbiditeyi belirlemede kolay bir yol, tüm yaşların örüntüsünü birlikte incelemek ve en sık görülen 10 hastalığı belirlemektir. Önemli her yaş grubunu ayrı ayrı incelemek, daha doğru bir yöntemdir.

Gelişmekte olan ülkelerde bebek ve çocukluk çağı morbidite hızları yüksektir. Çocukların nüfusunun yüksek bir yüzdesini oluşturması nedeniyle, hastalıkların (% 50'ye kadar varan) büyük bir oranı genç yaş gruplarında görülmektedir. Bu, hastaneler, sağlık ocakları ve sağlık birimlerindeki ayaktan ve yatan hasta çalışmalarının büyük bir kısmının çocuklarla ilgili olacağı anlamına gelir. Ciddi hastalıklar için en kolay ulaşılabilir veriler hastane kayıtlarıdır. Fakat yukarıda belirtildiği gibi verilerin değerlendirilmesinde dikkatli olmak gerekir. Tablo 6'da Türkiye'de hastanelerde yatarak tedavi verilen ilk on hastalık verilmiştir.

Tablo 6. Türkiye'de hastanelerde yatarak tedavi edilen ilk 10 hastalık

Hastalık Adı	Sayı	%
Normal, komplikasyonsuz doğum	540 630	16,0
Gebelik, doğum ve lohusalık hali diğer komp.	180 845	5,4
Kalbin diğer hastalıkları	108 248	3,2
Ürogenital sistemin diğer hastalıkları	108 001	3,2
Barsak tıkanması ve fitik	98 290	2,9
Diğer pnömöni şekiller	87 541	2,6
Enterit ve ishal ile seyreden diğer hastalıklar	83 608	2,5
Bronşit, amfizem ve astma	82 892	2,5
Sempt. ve iyice tanımlamayan diğer haller	79 557	2,4
İskemik kalp hastalığı	70 584	2,0
Diğer hastalıklar	1 938 128	57,3
Toplam	3 378 324	100,0

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1993

Mortalite (ölümlülük) göstergeleri temel olarak, tüm yaşlar için kaba ölüm hızı, bebek ölüm hızı, 1-4 yaş çocuk ölüm hızı , beş yaş altı çocuk ölüm hızı ana ölüm hızı, doğumda beklenen yaşam süresi ve hastalığa özel mortalite hızlarıdır.

Mortalite verileri, ölüm kaydına (sayı ve dağılım) ve ölüm belgesine (neden) dayanır. Ölüm kaydı bir kişinin ölümünü gösteren resmi kayıttır ve genellikle ölenin adı, yaşı, cinsiyeti, ölüm tarihini ve ölüm nedenini içerir. Ölüm belgesi bir doktor veya diğer bir sağlık görevlisi tarafından saptanan ölüm nedenini gösterir.

Ölüm kayıtlarından elde edilen bilgi, mortalite istatistiklerinin derlenmesinde ve kayıtların yeterli olduğu ülkelerde, belirli hastalıkların süreyansında kullanılabilir. Bilinen ölümlerin analizi, hastalık kontrol faaliyetlerinin değerlendirilmesinde de yararlı olabilir ve belirli bir nedene bağlı belgelenmiş ölümlerdeki bir artış, ciddi bir salgın belirtisi olabilir. Aşağıda Şekil 6'da ülkemizde kullanılan form verilmektedir.

Ülkemizde ölüm kayıtları değişiklik sektörler tarafından toplanmaktadır. İl ve ilçe merkezlerinde (belediye sınırları içinde) ölen kişi için gömme izin kağıdı alma zorunluluğu vardır. İl ve ilçe merkezlerinde belediye hekimleri, sağlık ocağı hekimleri veya hastane hekimleri tarafından doldurulan ve ölen kişinin tespitinde kullanılan form üç bölümden oluşmaktadır.

- **Birinci bölüm** ölü sahibine verilecek olan gömme izin kağıdı olup, ölünün gömülme işlemleri için gerekli olan bölümdür.
- **İkinci bölüm** ise Devlet İstatistik Enstitüsüne yollanacak olan istatistik fişi bölümüdür. Bu bölümde ölen kişinin yaşı, cinsiyeti, daimi oturma adresi, medeni hali, öğrenim durumu, mesleği, ölümün meydana geldiği ay, ölümün esas nedeni, otopsi yapılma durumu ve ölünün tespit edildiği kurum bilgileri bulunmaktadır. Formun bu bölümü her ay il sağlık müdürlüğüne gönderilmekte ve sağlık müdürlüğü ise tüm ilden gelen formları Devlet İstatistik Enstitüsüne göndermektedir. Formun bu bölümünde yer alan ölümün esas nedeni bölümünde temel ölüm nedeninin yazılması istenmektedir.

Ölüm nedenine ait bilgiler temel, ara ve son neden şeklinde tutulabilir. Temel ölüm nedeni kişide bulunan ara nedeni ortaya çıkaran asıl hastalık veya durumdur. Ara neden ölüm olayına yol açan ve temel neden tarafından ortaya çıkarılan durumdur. Son neden ise kişiyi ölüme götüren olaydır. Örneğin, temel nedeni gastroenterit, ara nedeni dehidratasyon ve son ölüm nedeni ise elektrolit bozukluğu olabilir. Bu formun doldurulması sırasında temel neden olan gastroenteritin yazılması gerekmektedir.

Şekil 6. Devlet İstatistik Enstitüsü Ölüm Formu

T.C.
BAŞBAKANLIK
DEVLET İSTATİSTİK ENSTİTÜSÜ BAŞKANLIĞI
İl merkezlerinde Sağlık Müdürlükleri, İlçelerde Hükümet Tabiplikleri kanalıyla
BAŞBAKANLIK DEVLET İSTATİSTİK ENSTİTÜSÜ BAŞKANLIĞI'NA gönderilecektir.
ÖLÜM İSTATİSTİK FORMU

I- Ölümün meydana geldiği yerim:

a) İl adı :

b) İlçe adı :

II- Ölenin:

a) Adı ve Soyadı :

b) Yaşı (Bitirilen yaş) : yaşında

c) Bir yaşından küçükse : aylık

d) Bir aylıktan küçükse : günlük

e) Cinsiyeti : 1 Erkek 2 Kadın

f) Daimi ikametgahı : İli

1 İl Merkezi 2 İlçe Merkezi 3 Bucak veya Köy

g) Medeni Hali : 1 Hiç evlenmedi 2 Evli 3 Eşi öldü 4 Boşandı

h) Öğrenim Durumu : 0 Okuma Yazma Bilmiyor 1 Okuma yazma biliyor fakat bir okuldan mezun değil 2 İlkokul 3 Ortaokul ve dengi 4 Lise ve dengi 5 Yüksekokul veya fakülte

i) 1 : Tuttuğu iş veya mesleği :

2 : Tuttuğu iş veya mesleği yok ise durumu :

1 Ev kadını 2 Emekli 3 Öğrenci 4 İrat sahibi 5 Diğer

k) Ölümün meydana geldiği ay : 01 Ocak 02 Şubat 03 Mart 04 Nisan 05 Mayıs 06 Haziran 07 Temmuz 08 Ağustos 09 Eylül 10 Ekim 11 Kasım 12 Aralık

l) Ölümün esas sebebi (Ölümü meydana getiren hal veya hastalığı yazınız) :

m) Ölümü tespit için otopsi : 1 Yapıldı 2 Yapılmadı

III- Ölümün sebebini tespit eden kurum : 1 Hastane ve Sağlık Merkezi 2 Sağlık Ocağı Tabibi 3 Belediye Tabibi

Gömmeye izin veren makamın adı :

.....

Resmi Mühür ve
imza
.../.../19..

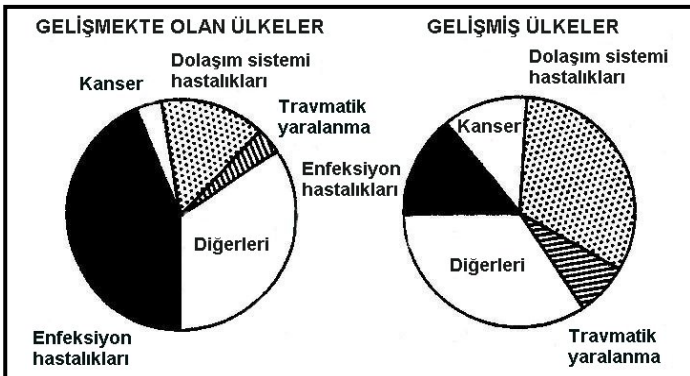
Bunun yanı sıra ölüm nedeni saptaması sırasında bazen ölen kişinin akrabalarından retrospektif olarak ölen kişiye ait hastalık belirtilerine, tanısına, tedavisine, kullandığı ilaçlara, ölmeden hemen önceki sağlık durumuna ilişkin ayrıntılı bilgilerin toplanmasına çalışılmaktadır. Ölüm nedenlerinin belirlenmesinde doktorlar tarafından uygulanan “sözel otopsi” adı verilen bu soruşturma yöntemi, ölüm nedenininin saptanmasında yardımcı olabilir de çok duyarlı bir yol değildir.

- **Üçüncü bölüm** ise, ölünün tespit edildiği ve gömme izin kağıdının verildiği doldurulduğu sağlık kurumunda kalması gereken dip koçanı bölümüdür.

Ülkemizde ölümlerin büyük bir oranı kaydedilmemektedir. Ülkemizde kırsal bölgelerde ise defin ruhsatı köy muhtarları tarafından verilmektedir. Bir deftere ölenlerin adı-soyadı, adresi, ölüm tarihi ve biliniyorsa ölüm nedeni, ruhsat verenin adı yazılarak her ölümü takiben izleyen ayın 15’ine kadar en yakın sağlık ocağı hekimi ya da sağlık kuruluşuna bildirir. Ancak kırsal bölge de yaşayanların bebeklerin, yaşlıların ve fakirlerin bilgileri genellikle eksiktir. Sağlık kurumları kendi bölgesindeki ölümleri yeterince hakim olamadıkları durumlarda ise çok önemli sağlık göstergesi olan mortalite hızları ve nedenleri hesaplamamaktadır. Tüm bu hatalara rağmen, elde edilen bilgiler önemli ölüm nedenleri hakkında fikir verebilir.

Gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde mortalitenin ana nedenleri birbirinden farklıdır. Gelişmiş ülkelerde kanser, dolaşım sistemi hastalıkları ve travmatik yaralanmalar ölümlerin yarısından fazlasını oluştururken, gelişmekte olan ülkelerde enfeksiyon hastalıkları ve malnütrisyon da içeren “diğer” nedenlerin, tüm ölümlerin dörtte üçünü kapsadığı daire dilimleri grafiklerinde de gösterilmektedir (Şekil 7).

Şekil 7. Gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde ölüm nedenlerinin dağılımı



Bölge nüfusu için hastalığa özel mortalite hızlarını yeterli doğrulukta hesaplamak zordur. Fakat kronik hastalıklara karşı sağlık programlarının planlanmasında, ulusal veya diğer güvenilebilir hızlar beklenen vaka sayılarının hesaplanması için kullanılabilir. Kolera, tifo ve menenjit gibi salgın yapan belli hastalıklar için beklenen toplam ölüm sayılarının iyi bilinmesi yararlıdır. Vakaların toplam sayısındaki veya ölümlerdeki küçük bir artış, bölgede henüz tespit edilmemiş bir salgın anlamına gelebilir. Tablo 7’de Türkiye’de il ve ilçe merkezlerindeki ilk on ölüm nedeni verilmiştir.

Tablo 7. Türkiye’de il ve ilçe merkezlerindeki ilk on ölüm nedeni

Ölüm Nedeni	Sayı	%
Kalp Hastalıkları	58 019	38,6
Semptomlar ve iyi tanımlanamayan haller	17 452	11,6
Kanserler	15 164	10,1
Serebro-vasküler Hastalık	11 227	7,5
Perinatal mortalite diğer nedenleri	8 610	5,7
Doğum Travması, güç doğum ve anoksi ve diğer hipoksi	4 354	2,9
Pnömoni	4 113	2,7
Enterit ve diyareli diğer hastalıklar	1941	1,3
Bütün diğer hastalıklar ve kazalar	29 412	19,5
Toplam	150 472	100,0

Kaynak: T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Türkiye İstatistik Yıllık 1993.

Morbidite, Mortalite ve Mevsimsellik: Pek çok gelişmekte olan ülkede, belirli aylarda veya mevsimlerde ağılık programlarını düzenlemek oldukça zor olmaktadır. Bununla birlikte, çok iyi değerlendirilemeyen bir konu da hastalık sıklıkları, sağlık alışkanlıkları ve sağlık hizmetlerinin kullanılmasında da önemli mevsimsel değişiklikler görülmektedir.

Mevsimplere belirgin iklim değişiklikleri eşlik eder. Bu değişiklikler tarımsal etkinliklerle birlikte, ücretli iş olanaklarını da etkiler. Mevsimsellik, özellikle kentte fakirlerin, kırsal alanda ise çiftçilerin geçimlerini etkiler. Bu kesim, düşük aile gelirleri ve gıdaların sağlanmasındaki mevsimsel değişikliklerden etkilenir ve zarar görür. Bu nedenle, malnütrasyon yılın belli zamanlarında daha sıklıkla görülebilir. Sıtma taşıyan sivrisineklerde olduğu gibi bazı bulaşıcı hastalıkları taşıyan böcek vektörler, yağmurların başlamasıyla birlikte artış gösterirler. Soğuk aylar boyunca insanlar bir arada yaşama eğilimi gösterirler. Bu, solunum yolu hastalıkları ve kızamık gibi hava yolu ile yayılan ve temasla bulaşan enfeksiyonlarda artışlara yol açar.

Bunlara ek olarak, zor aylarda halkın sağlık hizmetlerini kullanması azalacaktır. Toplum sağlığı çalışanları ve sağlık birimlerinin denetimleri yeteri kadar etkin olamayacak ve temel ilaçlarda muhtemelen daha az sağlanabilecektir.

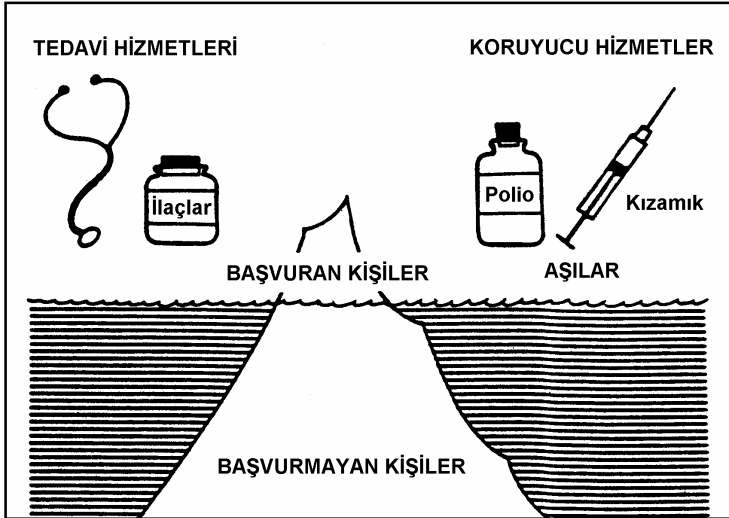
İl/ilçe sağlık yönetim ekibinin yılın ayları veya mevsimlerine göre elde ettiği tüm verileri analiz etmesi ve yorumlaması, bölgesel sağlık planlarının yapılmasında mevsim etkilerini göz önüne almasında çok önemlidir. “Sağlıksız” mevsimlerde hizmet verebilmek için daha fazla çabaya gerek duyulabilir.

II.5. Sağlık durumlarının değerlendirilmesi

Sağlık hizmetlerinin planlanması ve değerlendirilmesi için toplumun sağlık durumunun sağlık sorunları ve hastalıklar hakkındaki bilgilere dayanılarak belirlenmesi gerekir. Sağlık durumu hakkında yararlı bilgiler, sıklıkla sağlık ocaklarından sağlık grup başkanlıkların gönderilen bilgilerden kolayca elde edilebilir. Bu bilgiler ileri ve ayrıntılı analizler yapılmadan yalnızca içinde bulunduğu koşullara bakılarak bile büyük değer taşıyabilirler. Sağlık ocağı çalışanları, toplanan bu gibi yerel bilgileri kendi koşulları içinde en iyi değerlendirecek olan kişilerdir.

Her il, sağlık hizmetlerinin planlaması, yönetimi ve değerlendirilmesi için gerekli özel konulara kendileri karar vermelidirler. Her tip bilginin kendine özgü kullanım biçimi ve sınırlılıkları vardır. “Buzdağı fenomeni” sağlık sorunlarının büyük bir kısmının yüzeyin altında kaldığının ve sıklıkla tam olarak tanımlanamadığının vurgulandığı bir kavramdır.

Şekil 8. Buzdağı fenomeni rutin bilgi temel olarak sağlık kurumlarına başvuran kişilerden gelir



Ülkemizde rutin sağlık bilgi sistemi vardır, fakat sağlık çalışanları “gizlenmiş” verilerin içeriğini açığa çıkarmak ve analiz etmek için zaman harcamak zorunda

kalabilirler. Bu sistem faydalı bilgiler sağlayacak veya en azından, iyi bir “tahmin aracı” olacaktır. Toplanmış bilgileri uygun olmadığı için reddetmek yerine, en iyi şekilde kullanılmasını sağlamak gerekir.

Önemli hastalıklar: Önemli hastalıklar hangileridir? Epidemiyolojik açıdan baktığımızda bunları belirleyen iki kıstas vardır.

- **Sıklık;** yüksek insidans veya yüksek prevalansı olan salgın yapma olasılığı fazla olan hastalıklar
- **Şiddet;** sakatlığa ve yüksek mortaliteye neden olma.

Örneğin, malnütrisyon, yüksek bir prevalans ve yüksek bir mortaliteye sahip olduğu için önemli bir hastalıktır. Kolera, meningokoksik menenjit gibi bazı hastalıklar da salgınlara neden olabilecekleri için önemlidir. Sağlık ocağına yapılan ayaktan başvuruların çoğu hafif, kendi kendine iyileşebilecek hastalıklara bağlıdır ve bunlar kişisel olarak önemli olsa da bir bütün olarak incelendiğinde çoğunlukla topluluk için özel bir önemi yoktur.

Sağlık programlarının planlanmasında en yüksek önceliği, sık görülen ve ciddi hastalıklar ile, koruyucu önlemlerin alınabildiği veya kontrol edilebilir hastalıklar almalıdır.

II.6. Epidemiyolojik bilgi kaynakları

Rutin sağlık bilgi sistemi, genellikle önemli yerel morbidite ve mortalite nedenlerinin sıklık ve dağılımları hakkında bilgi verir. Buna karşılık, ne yazık ki bu bilgiler anlaması ve kullanılması kolay olacak bir şekilde sunulmamaktadır. Morbidite bilgileri topluluğun genel sağlık tablosunu verirler. Ülkemizde bu bilgiler nitelik ve nicelik olarak eksik olmakla birlikte, sağlık bölgesinin kaynakları aşağıdaki kayıtlardan elde edilebilir:

II.6.a. Hastaneye yatan hasta kayıtları:

Hastane ve klinik kayıtlarının analizleri, toplumda görülen başlıca hastalıklar ve en önemli nedenleri hakkında yüksek kalite bilgi sağlayabilir. Fakat bu bilginin tüm toplumun sağlık durumunu gösteren göstergeler olabilmesi için, hastanenin yalnızca hastaneye yakın kişilerce değil, tüm kişiler tarafından kullanılmış olması gerekir. Ancak, hastaneye yakın bölgelerde yaşayan zengin ve iyi eğitim görmüş hastaların hastanede tedavi olma eğilimlerini yüksek olduğu da mutlak hatırd tutulmalıdır. Bazen çok ağır hastalar bile, eğer uzakta yaşıyorlarsa, hiçbir zaman hastaneye ulaşmamaktadır.

II.6.b. Poliklinik kayıtları

Sağlık ocaklarına ve diğer sağlık kurumlarına ayaktan tedavi görmek için başvuranların kayıtlarından bilgi sağlayabilir. Sağlık ocaklarında poliklinik hizmetleri sırasında kişilerin yakınmalarını, öykülerini, fizik muayene bulgularını, tanısını ve tedavisini içeren bilgi, kayıtlar tutuluyorsa kişisel sağlık fişlerinden kolaylıkla elde edilebilir. Ancak bu verinin toplanmasında bazı sorunlar vardır. Poliklinikte kişisel sağlık fişleri kullanılmayabilir, ayrıca tanılar genellikle önemli yakınma ve septomlara göre konulmakta, başvurular yeni ve yenilenen ziyaretlere göre değil toplam ziyaret sayısına göre verilmekte, aşılama veya diğer koruyucu sağlık hizmetleri için başvuranlarda hastalıkları için başvuranlarla birlikte kaydedilmektedirler veya koruyucu sağlık hizmetleri için başvurular genellikle hiç kaydedilmemektedirler. Bu bilgiler de, hastane kayıtlarında sözü edilen mantığa benzer hatalar söz konusudur. Her ne kadar sağlık ocakları hastanelerden daha geniş bir topluluğa hitap etse de sağlık kuruluşlarına başvuranlar, sıklıkla bu merkezlere daha yakın oturanlarla, daha fazla zaman ve para ayırabilen kişilerdir. Bu kişiler hasta olduklarında sağlık kuruluşlarına daha fazla başvuracaklardır. Buna rağmen bu gibi kayıtlar, poliklinik faaliyetleri ve en sık görülen yakınmalar hakkında oldukça güvenilir bilgi sağlar ve topluluktaki hastalık örüntüsünü tarif etmeye yardımcı olur. Bu bilgiler genellikle pay analizi yapılarak, yorumlanır.

II.6.c. Hastalık bildirimleri

Ülkemizde bildirim zorunlu hastalıkların listesi aşağıda verilmiştir. Bu hastalıkların bildirim zorunlu olduğu için, bu hastalıklara ait kayıtlara ulaşmak daha kolay olabilir. Genellikle bu hastalıklar, kontrolü için derhal harekete geçmeyi gerektiren hastalıklardır. Doktorlar ve diğer sağlık personelinin bu bilgilerin sağlanmasında özel sorumlulukları olup, yasal olarak da sorumlu tutulabilirler. İl/ilçe sağlık yöneticisi, genellikle bu bildirim kabul etmek ve en uygun faaliyeti göstermekle yükümlüdür.

BİLDİRİMİ ZORUNLU HASTALIKLAR

Uluslararası bildirim zorunlu hastalıklar:

AIDS, çiçek, enfluenza (grip), hummai racia (bitle geçen), kolera, poliomyelit, sarı humma, tifus veba.

Ulusal olarak bildirim zorunlu hastalıklar:

AIDS, çiçek, enfluenza (grip), hummai racia (bitle geçen), kolera, poliomyelit, sarı humma, tifus veba, amipli dizanteri, basilli dizanteri, bilharziyasis (schistosomiasis), boğmaca, brusellozis, bulaşıcı sarılık (hepatit A), difteri,

filaryazis, guillan barre sendromu, ishaller (spesifik etken üretilmemiş), kalaazar ve şark çıbanı (leishmania donovani), kancalı kurt (ankilostoma duodenela), kızamık, kızıl, kuduz, kuduz (şüpheli ısırık), lepra, leptospirozis (weil hastalığı), menengokoksik menenjit, paratifolar (S. paratyphi A,B), serum hepatit (hepatit B), sıtma (malarya), sifiliz, streptokok anjini ve diğer streptokok enfeksiyonları, şarbon, trahom, tetanoz, tifo (salmonellozis) tüberkülozis.

II.6.d. İş yeri ve okullar

İş yerleri, hastalığa bağlı işe devamsızlık verileri ile birlikte, periyodik sağlık muayenelerinin sonuçları ile sağlanır. Çalışan kişilere ait bu veriler özel olarak seçilmiş, halen çalışan bir grubunun durumunu yansıtır; hasta olan kişiler zaten işe alınmadığı veya sağlıkları bozulanlar işten ayrılmak zorunda kalabilecekleri için, bu gibi kişilerle ilgili veriler bulunmaz.

Okullar, hastalığa bağlı okula gitmeme verileri ile birlikte, okul sağlık hizmetlerinin tarama programlarının sonuçlarını da sağlarlar. Okula devamlılığın düşük olduğu bölgelerde okul verilerinin sağladığı bilgilerde önemli ölçüler de taraf tutma olabilir; sosyal ve ekonomik açılardan dezavantajlı olan çocuklar gözden kaçabilir.

II.7. Bölge il/ilçe sağlık yönetim ekibi için özet sağlık bilgisi inceleme listesi

- **Temel verilerin toplanmasının ve analizinin gözden geçirilmesi:**

dahil edilen semptom ve hastalıklar,
kullanılan tanı kriterleri,
bildirimi yapan kuruluş,
bildirimlerin sıklığı ve düzenliliği,
verilerin analizi için harcanan çabalar.

- **Bilgilerin dağılımı ve kullanılışı:**

il/ilçe sağlık yönetim ekibi tarafından kullanılması,
bilgilerin bölge içindeki dağılımı,
sağlık kuruluşlarına geri bildirim,
bölgesel ve merkezi yetkililere bildirilmesi.

- **Rutin bilgi sisteminin iyileştirilmesi:**

sık görülen ve belirgin hatalar,
önemli konuların bildirilmesinin etkisi,
mevsimselliğin etkisi,

işlemlerin daha fazla standartlaştırılması, gebelik, doğum, doğum aralığı, çocukluk çağı, beslenme, su kaynakları ve sağlık alışkanlıkları gibi diğer sağlık sorunlarının önemi.

- **Epidemiyolojik bilgilerin sunumu:**

ayakta ve yatarak tedavi gören hastalarda en sık görülen on hastalık, hastanelerdeki ölümler içinde en sık görülen on neden, bölgede yaygın olarak görülen ve salgın yapan hastalıkların dağılımı.

- **Aşağıda belirtilen hastalıkların bölgedeki sıklığı, dağılımı ve önemi:**

Obstetrik ve perinatal sorunlar:

uzamış doğum, kanama, plasenta retansiyonu, puerperal ateş, yeni doğanda beslenme ve solunum güçlükleri, neonatal tetanoz,

Sık rastlanılan hastalıklar:

kazalar ve travmalar, ishal, bağırsak parazitleri, lepra, sıtma, malnütrisyon, kızamık ve tüberküloz,

Diğer yerel endemik hastalıklar:

kuduz, cinsel ilişki ile bulaşan hastalıklar, tetanoz, trahom v.b.,

Potansiyel salgın yapan hastalıklar:

kolera, menenjit, veba, tifo, boğmaca

Bölüm 3

BİLDİRİM VE SÜRVEYANS SİSTEMLERİ

III.1. Rutin sağlık bilgi sistemleri

Her ülke, rutin sağlık bilgilerini toplamada ve toplanan bu sağlık bilgilerini çevre birimlerinden merkeze bildirmede, kendine özgü bir yapıya sahip olmalıdır. Bölge sağlık çalışanları bu sistemle daha iç içe olmalı ve yapılan işi daha verimli yapabilmek için neyin gerekli olduğuna karar verebilmelidir. Böyle bir sistemin ana hatları Şekil 9'da gösterilmiştir.

Bilgi, kişiler sağlık kuruluşlarına başvurduklarında toplanır ve veriler değişik yollarla yazılır veya kaydedilir. Toplanan veriler analiz edildikten ve raporlar yazıldıktan sonra, il/ilçe sağlık yönetim ekibi aracılığı ile sağlık çalışanları ve diğer bölge örgütlerine aktarılmalıdır. Sağlık Bakanlığı, toplanan bilgileri ülke çapında değerlendirmekle yükümlüdür.

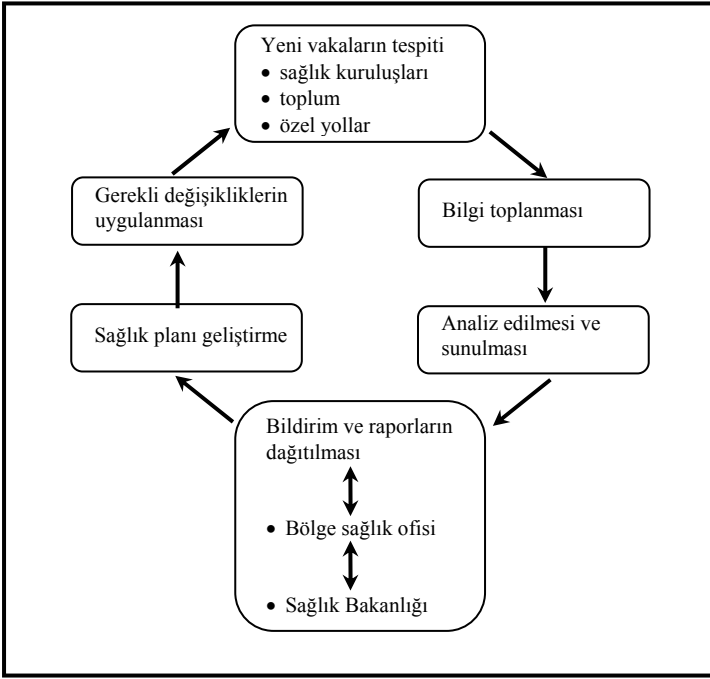
Ülkemizdeki bildirim sistemindeki en önemli sorunlardan biri, ayrıntılı ve çok sayıda form bulunmasıdır. Bu formlar sağlık kurumlarında sekreterler tarafından doldurulmakta ve sağlık grup başkanlığına veya sağlık müdürlüğüne gönderilmektedir. Analiz bu kurumlar tarafından yapılmakta ve genellikle sonuçlar asıl verileri toplayanlara geri bildirilmemektedir. Bu nedenle verilen sonuçları, il/ilçe sağlık yönetim ekibi için sınırlı bir yarar sağlamaktadır. Çoğunlukla sağlık personeli kullanılan formların sayıları veya düzeni hakkında çok az söz sahibi olmaktadır.

Rutin bilgi sisteminde önemli olan, bilginin sağlıklı ilişkisi olan herkes için gerekli olduğu ve bu bilginin doğru, eksiksiz ve zamanında iletilmesinin esas olduğunun unutulmamasıdır. Bunu sağlayabilmek için basit ve anlaşılır ve amaca yönelik uygun bir şekilde düzenlenmiş formlara gereksinim vardır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyinde, önemli olan, gerekli olan en az miktardaki verinin en basit yolla toplanmasıdır. Önemli bir ilke, sağlık çalışanları tarafından kaydedilen her verinin çalışanların kendilerine ve sağlık yöneticilerine yararlı olmasıdır. Bu gibi bilgileri toplamanın başlıca amacı, sağlık hizmetlerinin yönetimi ve değerlendirilmesinin desteklenmesidir. İl/ilçe sağlık yönetim ekibi,

bu sağlık bilgi sisteminin en iyi Şekilde kullanılmasını ve bu ilkelerin akılda tutulmasını sağlar.

Őekil 9. Rutin b6lge sađlık bilgi veya sűrveyans sistemi



Toplanmış verilerin kalitesini kontrol etmek hayati 6nem taŐır. Mevcut olan y6ntemlerle uyumunu sağlamak űzere bazı kontrollerin yapılması gerekir. Bunu yapmanın bir yolu sağlık 6alıŐanları ve y6neticilerin formların kendi b6lgelerindeki sağlık hizmetleri ve programlarının planlanması ve değerlendirilmesinde doğrudan yarar sağlandığından emin olmalarıdır.

İl/il6e, ulusal bildirim ve sűrveyans sistemleri i6inde kendi bilgilerini toplarlar. Rutin bilgi sisteminde toplanan bilgiler ile insidansın iyi tahmin edilmesi, sađlık programlarının programlanması ve deđerlendirilmesi ve incelenen vaka oranları sabit kaldıđı sűrece trendlerin 6nceden tahminleri yapılabilir. Her ne kadar tűm 6abalar dođru veri toplamaya y6nelik ise de eksik veriler hi6 olmamasından kesinlikle daha iyidir ve verilerdeki sorunların ve eksikliklerin nerede olduđunun bulunmasını sađlarlar. Her tűrlű veriden maksimum yarar elde edilmeye 6alıŐmalıdır.

III.2. Sürveyans

Sürveyans genel sürveyans ve özel sürveyans olarak gruplandırılabilir.

Sürveyans teriminin **genel** kullanılış biçimi ile sürveyans hastalığın ortaya çıkışı ve dağılımı ile diğer bozuk sağlık durumlarını belirleyen etkenlerin sürekli araştırılması anlamına gelebilir. Bu, kontrol ve korumanın etkinliği açısından esastır ve uygun verilerin toplanması, analizi, yorum ve dağılımını içermektedir. Bu kadar geniş bir tanım, sürveyansın rutin sağlık bilgi sistemi ile eşdeğer tutar ve bu yüzden, bu iki kavram birlikte düşünülebilir.

Sürveyansta verilerin toplanması pasif sürveyans, aktif sürveyans ve nöbetçi (sentinel) sürveyans sistemi olmak üzere üç değişik yöntemle yapılabilir.

Pasif sürveyans: Bu sistemde sahada çalışan ve bildirim yapması istenen sağlık çalışanı bir üst kuruma devamlı olarak rapor vermektedir. Belirli yasa ve yönetmeliklerle sağlık hizmeti sunanların bu raporları düzenli olarak yollamaları istenir. Bu sisteme göre sağlık çalışanı kendisine doldurulması ve yollanması istenen formlar doğrultusunda devamlı bir şekilde bildirim yapar. Genellikle ülke çapında kurulan bir sistem olup, tüm sağlık kurumlarını kapsamaktadır. Ancak pasif sürveyans sisteminde sağlık çalışanlarının hiç bildirim yapmaması, bildirimlerde tutarsızlık olması, bildirimlerin düzensiz ve yavaş olması sık karşılaşılan sorunlardan bazılarıdır.

Aktif sürveyans: Pasif sürveyansa ait bazı sorunlar çıkması sonucu , denetimin fazla olduğu bu sürveyans sistemi geliştirilmiştir. Bu yeni sürveyans sisteminde de bildirim yapıldığı merkezle, sağlık verisi toplayan kişi/kurum arasındaki iletişimin artırılması amaçlanmıştır. Veri toplayan kişiye/kuruma periyodik olarak yapılan ziyaretlerle ve telefon edilerek kurulan iletişim sırasında, rapor bildirmelerinin öneminin hatırlatılması ve rapor yollamaları istenmektedir. Aktif sürveyans sistemi genellikle daha seyrek ancak toplum için ciddi tehlike oluşturan hastalıklarda kullanılabilir. (Çiçek hastalığının eradikasyonu programında olduğu gibi). Bu tip sürveyans sisteminde pasif sürveyans sistemine göre daha fazla faaliyet vardır. Maliyet-yarar açısından oldukça pahalıdır. Bu nedenle aktif sürveyans sistemi, toplumun bir hastalık etkeni ile karşılaşması durumunda veya bir epidemi sırasında olduğu gibi belirli bir zaman aralığında, belirli bir hastalıkla sınırlıdır.

Örneğin, sağlık ocakları devamlı olarak bildirim zorunlu hastalıkları Sağlık Müdürlüğü'ne bildirmekle yükümlüdürler. Bu pasif sürveyansa bir örnektir. Ancak polio eradikasyonu programında ise, sağlık ocakları devamlı polio vakalarını bildirdikleri gibi, Sağlık müdürlükleri tarafından sağlık ocaklarına devamlı olarak polio vakalarını bildirmeleri hatırlatılır. Bu ise aktif sürveyansa bir

örnektir.

Nöbetçi (Sentinel) sürveyans: Sağlık yöneticileri tüzüklerle oluşturulmuş pasif tam kapsamlı sistem yerine zaman zaman nöbetçi (sentinel) sürveyans sistemi kurarlar. Sentinel sürveyans sistemi daha hızlı daha uygun ve bazen de daha ucuz bir sistemdir. Bu sistemde örneklem grubu olarak bölgedeki bazı sağlık kurumları seçilir, bu örnek mümkün olduğunca bir coğrafik ve demografik yayılım genişliğinde olmalıdır. Bu kurumlar söz konusu hastalığın bulunduğu bölgelerdeki sağlık kurumları arasından seçilir. Bir sentinel sürveyans sisteminde önceden bildirim yapması kararlaştırılmış sağlık kurumları bir ya da daha fazla duruma ait tüm vakaları bildirmeyi kabul etmişlerdir. Seçilecek kurum hastane, özel klinikler gönüllü olarak bu bilgileri, standart tanılara göre toplamayı kabul etmeleri gerekmektedir. Bu sürveyans genellikle halk sağlığı problemi olan sık görülen hastalıklar için kullanılır. Ayrıca sentinel sürveyans sistem, içinde aktif ve pasif sürveyans kullanılabilir.

Bazı ülkeler tarafından **sentinel** sürveyans merkezleri kullanılmaktadır. Ülkeler bazı sağlık kurumlarının (genellikle gönüllü olan) rutin bildirim sistemine ait kayıtlardan ilk değerlendirme yapılır ve bu değerlendirme sonuçlarına göre bölge hakkında bilgi sahibi olunmaya çalışılır. Bu nedenle doktor, hemşire gibi personel eksikliği olan ve eğitim eksikliği nedeniyle sürveyans sistemi işlemeyen bölgelerde ve sağlık kurumlarından yeterince doğru bilgi alınamayan bölgelerde bu sistem önerilebilir.

Sürveyans teriminin özel kullanım biçimi, doğal afette bulaşıcı hastalıkların yayılması, bir kıtlıkta beslenme durumu veya bir salgın örneklerinde olduğu gibi özellikle önemli bir sağlık sorunu veya hastalık için kurulmuş özel bir bildirim sistemini ifade eder. Böyle bir sürveyans sistemi sıklıkla sınırlı bir zaman aralığı için örgütlenir ve bir sağlık müdahale program yönetimi ile yakından bağlantılıdır. Bunlar insidans hakkındaki bilgilere acil olarak gereksinim duyulduğu , fakar rutin bilgi sistemlerine güvenilmediği zamanlar kurulurlar. Bunun nedeni, nüfusun rutin bildirim sistemi ile ulaşılabacak kesiminin düşük olması, bildirimlerin çok yavaş olması veya sistemin kendisinin hatalı olması ve kısa zamanda düzeltilemeyecek olması olabilir.

Bölgeler yeni sürveyans faaliyetlerini, en azından başlangıçta genişletilmiş bağışıklama kampanyası, kolera veya sıtma için özel kontrol programları gibi sürekli bir program yürütülen hastalıklar veya sorunlar için sınırlandırılmışlardır.

Sürveyansın amacı, sıklığı belirlemek için (genellikle insidans) analiz edebilecek bilgileri hızla sağlamak ve kim, nerede ve ne zaman sorularını yanıtlamaktır.

Epidemiyolojik sürveyansın başlıca kullanım alanları şunlardır:

- Salgınları teşhis etmek ve hastalığı kontrol etmek için etkin girişimlerin yapılmasını sağlamak,
- Özel bir kontrol programının uygulanmasından önce ve sonra, sorunun boyutlarını karşılaştırarak bu kontrol programının uygulanması ve etkinliğini izlemek.
- Hangi sağlık ve hastalık sorunlarının önemli olduğunu ve dolayısıyla özel önlemler almaya değer olup olmadığını göstererek, sağlık programlarının planlamasına yardım etmek ve aynı zamanda önceliklerin belirlenmesine yardımcı olmak.
- Yüksek risk gruplarını (örn. yaş ve iş), sorunun yaygın olduğu coğrafi bölgeleri ve aynı zamanda oluşan değişiklikleri (örn. mevsimlere göre veya yıldan yıla) belirlemek ve programların planlanmasına yardımcı olmak.
- Vektörler, rezervuar hayvanlar ve bulaşıcı hastalıkların geçiş yolları ile dinamiği hakkındaki bilgileri arttırmak.

III.3. Vakaların tanımı

Sürveyans sistemi kurulmasında en önemli adımlardan biri, bir vakanın nasıl tanımlanacağına açıkça karar vermektir. Bunun başarılabilmesi kolaylıkla karışıklıklara ve yanlış anlaşılmalara neden olabilir. Örneğin sıtmanın endemik olduğu bir bölgede ateş, baş ağrısı ve vücut ağrıları olan hastalar sıtma olarak kabul edilebilir ve bu hastalara sıtma tedavisi verilebilir. Fakat Sağlık Bakanlığı, muhtemelen yalnızca pozitif kan yayması ile doğrulanmış olan hastaları vaka olarak kabul edecektir.

Bu sorunları ortadan kaldırmak amacıyla bazı hastalıklar için tanı kriterleri konulmalıdır ve vakalar uygun bir şekilde olası, ve kuvvetle olası veya kesin gibi gruplara ayrılmalıdır. Örneğin, ateş, baş ağrısı ve vücut ağrıları olan bir hasta olası bir sıtma vakası olarak adlandırılırken, sıtma tedavisine iyi yanıt vermiş bir hasta kuvvetle olası bir vaka olabilir. Kesin bir sıtma vakasından, ancak sıtma parazitleri kan yayılmasında görüldüğü zaman söz edilebilir. Bununla birlikte, sıtmanın endemik olduğu bölgelerde, özellikle çocuklarda, bu tür semptomlar başka hastalıklara da bağlı olabilir (Şekil 10)

Bir vakanın, atağın veya başvurunun nedeninin iyi tanımlanamaması yaygın bir sorundur. Sıklık tahminlerinde ve sıklıkların değişmesi hakkındaki kararlarda hatalara yol açabilir.

Özellikle bir hastayı veya olayı vaka olarak kaydetmek için kullanılan kriterler açıkça tanımlanmalı ve pratik olmalıdır. Aynı zamanda olası, kuvvetle olası ve kesin vakaları bildirirken de kriterler açık olmalıdır. Örneğin, sıtmada ateşi olan herkes mi yoksa yalnızca ateşe neden olan başka nedenlerin saplanamadığı çocuklar mı bildirilmelidir? Pozitif laboratuvar tanısı da gerekmez mi? Seçilen

kriter gerçekçi ve kolayca anlaşılabilir olmalıdır. Tablo 8’de, birinci basamak sağlık hizmeti çalışanları tarafından, belli hastalıkların olası vakalarının bildirimini için semptom ve belirtilerin kullanılmasına bazı örnekler verilmiştir. Bunlar yalnızca önerilen kriterlerdir, farklı durumlara uygulamak için üzerinde değişiklikler yapılmalıdır.

Şekil 10. Tamı kriterlerinin olası, kuvvetle olası ve kesin sıtma vakalarının tanımlanması için kullanılması



Tablo 8. Birinci basamak sağlık personelinin olası vakaları bildirimini için belirti ve bulgulara dayalı standart tamı kriterlerine örnekler

Olası Teşhisler	Belirti ve Bulgular
Kızamık	Bir haftada kaybolan kırmızı döküntüler, ateş, kızarmış gözler
Poliomyelit	Ateşle birlikte felç
Trahom	Gözlerde kronik iltihaplanma, göz kapaklarında şekil bozuklukları ve içe dönme, körlük
Kolera	Ağır ve hızlı dehidratasyonla birlikte görülen ani ve şiddetli sulu ishal
Tüberküloz	4 hafta veya daha uzun süren öksürük, ağırlık kaybı, kanlı balgam, hafif ateş, gece terlemeleri
Sıtma	Ateş, titreme, başağrısı, vücut ağrıları ve normal günlük faaliyetlerini yapamama

Sağlık çalışanlarının bu kriterleri nasıl uygulayacakları konusunda eğitime gereksinimleri vardır; onların bu kriterleri kendiliklerinden uygun bir şekilde uygulayabilecekleri düşünülmemelidir. Personele eğitim vermenin en mükemmel yolu, her çalışana bir vaka tarifi vermek ve her birine ayrı ayrı kriterlerin yeterli olup olmadığı, böylece vakanın rapor edilip edilemeyeceğini sormaktır.

Genellikle, dikkatlerin çekilmesine ve konuların aydınlatılmasına yol açan iyi bir tartışma için, yeterli görüş ayrılıkları olur.

III.4. Vakaların bildirimi

Sağlık grup başkanlığına, sunulan raporlardan bölgedeki her vaka hakkında bilgi edinebilmesi gerekir. Ayrıntılar yerel koşullara göre değişebilir ve bunun dışındaki bilgiler yalnızca yol göstericidir.

Bilginin temeli, vakaların sıklığı ve teşhisi ile ilgilidir. Pek çok durumda aşağıdaki ayrıntılar hakkında daha fazla bilgi gerekebilir: isim, yaş, (yaklaşıkta olabilir), cinsiyet, adres (en azından köy ismi), iş, aşılama veya tedavi durumu (eğer uygulanmışsa) hastalığın başlangıç tarihi ve süresi, ölüm olup olmadığı, enfeksiyonun yeri (eğer biliniyorsa), enfeksiyonun kaynağı (eğer biliniyorsa) ve izlenilmesi gerekebilecek enfeksiyona maruz kalmış kişilerin isimleri.

Hastalığın karantina düzenlemeleri kapsamında olduğu veya olası bir salgına yol açması gibi bazı durumlarda bildirim için hızlı hareket etmek gerekebilir ve bildiren kişi durumu, bölge merkezine telefonla veya bir haberciyle bildirmelidir. Ayrıntılı bilgiler posta ile gönderilen bildirim formları veya raporlarla daha sonra izlenebilir. Yerel koşullara bağlı olarak bildirimler haftalık veya aylık olarak gönderilebilir.

III.5. Sürveyans sisteminin bilgi kaynakları

III.5.a. Sağlık kuruluşları

Bilginin asıl kaynakları, çoğu zaman hastaneler, sağlık ocakları, klinikler ve özel hekimlerini içeren sağlık kuruluşlarından gelen hastalık raporlarıdır. Bu vakalarda, daha fazla araştırma yapmadan kesin bir tanı koymak mümkün olmayabilir. Güvenilirlik, olası ve kuvvetle olası vakalar için belirtilmiş kriterlere uyulup uyulmadığına bakılarak saptanabilir.

İdeal olan, her sağlık kuruluşundaki kıdemli kişilerin, her vaka hakkındaki bilgiyi veya derlenmiş verileri bir raporla düzenli aralıklarla göndermekten sorumlu tutulmalarıdır. Aktif vaka tespitine girildiğinde, bölge personelinin, vaka kayıtlarını ve hatta kişisel vaka notlarını gözden geçirmek üzere, sağlık kuruluşlarını ziyaret etmesi gerekir.

Yöre halkı tarafından sağlık kuruluşlarının yöre halkı tarafından kullanılmasında sağlık kuruluşunun evlerine olan uzaklığından etkilendiği kadar tedavi ücretleri gibi diğer faktörlerden de etkilendiği için, bu bilgi kaynaklarının çoğunda eksiklikler vardır. Buna ek olarak, sağlık ocaklarının bölgede eşit dağılmaması da

bir diğerk faktör olabilir. Eğer bir köyün hemen yanında bir sağlık ocağı varken, diğerk bir köy 20 km. uzakta ise, iki köy için bildirilen insidans hızlarının karşılaştırılması doğru olmayacaktır. Aynı zamanda, hastalık ve koşullar karşıındaki yerel davranışlar hakkındaki bilgi de önemlidir. İl/İlçe sağlık yönetim ekibi, iyi yerel bilgilere sahip olmakla, sağlık kuruluşlarından gelen rutin ve sörveyans verilerindeki pek çok eksikliği telafi edebilir.

III.5.b. Ölüm kaydı

Ölüm kaydı, ölümlerin yüksek oranda kaydedildiği sağlık kurumlarında yararlıdır. Kayıtlar, az sayıda ölümün geniş bir alana dağıldığı salgınlarda çok yararlı olabilir.

III.5.c. Laboratuvarlar

Laboratuvarlar, bir enfeksiyon ajanını ayırmak veya teşhisi doğrulamak için özel testlerin gerekli olduğu durumlarda yararlı olacaktır.

III.5.d. Toplum

Bazı önemli hastalıklar ve sorunlar hakkındaki toplum sörveyansı, toplum liderleri ve birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki ilişkisi kurularak toplum ve birinci basamak sağlık personeli ile bütünleşebilir.

Seçilmiş bazı sorunlar ve hastalıklar için toplum üyelerinin bildirimde bulunması istenebilir. Bu durumda, toplulukla bir arada çalışmak ve işbirliğini sağlamak için çaba gösterilmelidir. Bu açıdan öğretmenler, dini liderler ve devletin yönetim görevlileri özel bir öneme sahiptir. Radyo yayınları, özellikle uzak alanlarda tanıtım için kullanılabilir. Halk tarafından bildirilen vakaların, bir sağlık çalışanı veya laboratuvar tarafından kontrol edilmesi de gerekebilir.

III.5.e. Salgınların incelenmesi

Salgın hastalıkların araştırılması ve tüm olası vakaların tespit edilmesi gerekebilir. Bir salgında tüm aktif vakaların bulunması önemlidir. Bu amaçla, çevredeki köylerde saha araştırmaları düzenlenmesi gerekebilir. Bir salgında bilinen tüm vakaların ayrıntıları kaydedilmeli ve bildirilmelidir.

III.6. Verilerin analizi ve sunulması

Toplanan verilerin analiz edilmesi, basit, fakat anlaşılır bir şekilde sunulması gerekir. Bunun nasıl yapılacağı yerel koşullara bağlıdır.

Resmi kayıt, kaydedilen bilgileri içeren bir defter veya dosyadadır. Her vaka bir resmi deftere işlenebileceği gibi, her bir durum için ayrı bir resmi kayıt kullanılabilir. Ayrıntılar, özellikle isim ve adresler, önceki kayıtlarla karşılaştırılmalı, böylece bir vakanın birden fazla sayılmasından kaçınılmalıdır.

Bildirim süresinin (örn. Aylık) sonunda, kişi (örn. Yaş ve cinsiyet) ve yer (örn. salgının başladığı köy) özelliklerine göre vakaların tabloları hazırlanabilir. Eğer gerekiyorsa, ölüm sayıları da bildirilmelidir. İdeal olanı vakaların hastalığın başladığı tarihe göre bildirilmesidir. Fakat uygulamada, hastalığın teşhisinin konulduğu tarihe göre bildirmek daha pratik olabilir.

Belli bir bildirim süresi için (örn. Bir yıl), sağlık müdürlüğü/sağlık grup başkanlığı/sağlık ocağı vakaların nerede nasıl oluştuğunu bölge haritası üzerinde toplu iğne kullanarak gösterebilir. Buna nokta haritası da denir ve hastaların en yaygın olarak nerelerde oluştuğu hakkında bilgi verir. Özellikle, kümelenmiş vakalar bir hastalığın belli bir yörede daha yaygın olduğunu veya bir salgın olduğunu gösterebilir.

Sağlık grup başkanlığı da toplam yeni vaka sayısı veya insidansı kontrol etmeyi sürdürmelidir. En iyisi, her bildirim süresi sonunda, vakaları grafik ve şema üzerinde göstermektedir. Yaş, cinsiyet ve iş gibi kişi özelliklerinin zaman içindeki insidanslarının analizi, yüksek risk gruplarının belirlenmesine yardımcı olabilir. Uzun süreli zaman aralıklarındaki trendler, analizlerin yıllarca sürdürülmesiyle ortaya çıkarılabilir. Zaman trendleri yorumlanırken, mevsimsel değişiklikler gözönüne alınmalıdır. Yeni bir bildirim veya süreyans sistemi kurulduğunda, bildirimlerin tamlığının artacağı, dolayısıyla yanlış bir sıklık artışı izlenimi vereceği hatırlanmalıdır. Tam tersine, bir sistem aylar veya yıllardır yürütülüyorsa, bildirimlerde bozulma eğilimi vardır ve eksik bildirim, hatta raporlarda yanlışlıklar olabilir. Bu durum, genellikle denetimlerin geliştirilmesini ve sağlık personelinin yeniden eğitilmesini gerektirir. Uygulamada hız yerine toplam vaka sayılarının kullanılması daha yaygındır. Vaka sayılarının kullanılması nüfusun büyüklüğü değişmediği sürece yeterlidir. Bununla birlikte, değişik bölgelerin veya bölgedeki nüfusun değişik gruplarının karşılaştırılmasında, gerçek veya risk altındaki nüfusun payda olarak kullanılmasıyla hızların hesaplanması gerekebilecektir.

III.7. Bilgilerin aktarılması ve kullanılması

Bir bildirim veya süreyans sisteminden elde edilen bilgiler, bu bilgilerin ne anlama geldiği de açıklanarak aktarılmalıdır. Bu bilgiler, aşağıda belirtilenler başta olmak üzere, tüm ilgili kişilere iletilmelidir;

- İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığına; dolayısıyla yerel koşullar hakkında bilgilendirilmiş olurlar ve daha geniş alanlar için bilgi derleyebilirler.
- Veriler ve raporların ham halini göndermiş olan birinci basamak sağlık personeline.
- Başta bütün bölge personeli olmak üzere, toplum sağlık programlarının örgütlenmesiyle ilişkili sağlık personeline.
- Köy ihtiyar heyetleri ve diğer yöresel örgütlere.
- Gönüllü ve resmi olmayan kuruluşlara.
- Yerel radyo istasyonları gibi kitle iletişim araçlarına.

Bununla birlikte, böyle bir bildirim ve sürveyans sistemine sahip olmanın asıl nedeni, bu bilginin, sağlık programları ve hastalık kontrol faaliyetlerinin planlamasının geliştirilmesinde kullanılması gerektiğidir. Eğer bu bilgi kullanılmadan kalırsa, bir bildirim veya sürveyans sisteminin örgütlenmesi personel, zaman ve para kaybindan öteye gitmez!

Sonuç olarak sürveyans sistemi aktif ve dinamik bir sistem olup, her kademedeki gelen verileri toplama, analiz etme, yorumlama, durumu ve yorumları bilgi gelen merkezlere geri göndererek onları bilgilendirme ve yeniden planlama yapma şeklinde özetlemek mümkündür. İyi işleyen bir genel ve özel sürveyans sistemi, sağlık hizmetinin temelini oluşturmaktadır. Sağlık ocağı, sağlık grup başkanlığı, sağlık müdürlüğü ve sağlık bakanlığı düzeyindeki yöneticilerin başarısı, güçlü sürveyans ağının kurulmasına bağlıdır.

III.8. Bölge bildirim sistemlerinin kontrol listesi

- Bildirilen hastalıklar ve sağlık sorunları;
hangi vakalar, episodlar veya başvurular?
kullanılan tanı kriterleri ve tanımlama çalışmaları,
aşırı ve eksik bildirim tahminleri.
- Sağlık bilgi kaynakları;
Sağlık kuruluşları,
doğum ve ölüm kaydı,
laboratuvarlar,
toplum,
salgın incelemeleri,
- Analizi ve sunulması;
resmi kayıtlar,
dosyalar,

aylık grafikler,
nokta haritaları,
özel raporlar.

- Bulguların iletişimi:

sağlık bakanlığı ve bölgeler,
birinci basamak sağlık hizmeti çalışanları ve bölge personeli,
köy ihtiyar heyetleri ve örgütler,
resmi olmayan ve gönüllü örgütler,
yerel kitle iletişim araçları ve radyo.

- Bilginin sağlık planlamasında kullanılması;

bildirim ve sürveyans sisteminin kapsama düzeyi,
toplum sağlık programlarında gelişmeler,
geliştirilmiş bölge sağlık planları,
bölge sağlık durum göstergelerindeki değişiklikler.

Bölüm 4

BİR SALGININ KONTROLU

IV.1. Salgının tanımı

Salgın, genel olarak bir topluluk veya bölgede bir hastalığa ait vakaların beklenenden fazla sayıda ortaya çıkması olarak tanımlanır.

Her ne kadar değişik hastalıkların salgınları değişik şekillerde olursa da, bölgedeki yönetici ekibin karışıklıklardan kaçınmak için uygun bir sistematik yaklaşımı izlemesi gerekir. Bu bölümde, bir salgının araştırılmasında ve kontrolündeki sıralı aşamalar ve doğal olarak, hastalığa ve yerel çevresel koşullara göre, kullanılan adımların ve işlemlerin nasıl değiştiği anlatılmaktadır. Bu yaklaşım Şekil 11'de şematize edilerek özetlenmiştir. Şekilde de görüldüğü gibi, yaklaşımda iki ana bileşen önemlidir: inceleme ve kontrol.

Salgınlar genellikle aşağıdaki kaynaklara bağlı olarak ortaya çıkarlar:

- Gıda kökenli salgınlar, örn. *Escherichia coli*'ye bağlı ishaller, stafilokok enfeksiyonu, salmonellozis.
- Kısa kuluçka dönemli bulaşıcı hastalıklar, örn. kolera, grip, sıtma, kızamık.
- Daha uzun kuluçka dönemli bulaşıcı hastalıklar, viral hepatit, brusellozis.
- Toksik maddeler, örn. kontamine olmuş gıdalar, ensektisidler ve tarımda kullanılan kimyasal maddeler.

Bir salgın aşağıdaki kişi ve kuruluşlar tarafından farkedilebilir;

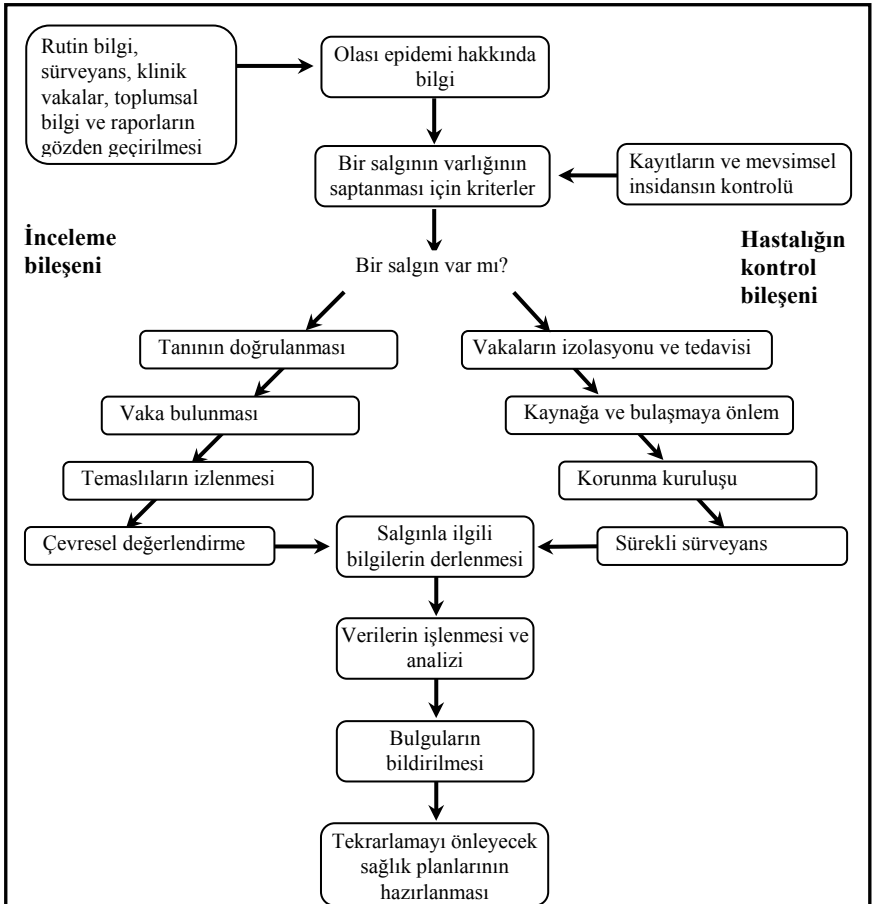
- Politikacılar ve öğretmenler gibi toplum liderleri.
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeli.
- Bölge sağlık bilgi ve sörveyans sistemleri.
- Hastaneler.

Muhtemel bir salgını tanımak, sonra salgının süresini ve boyutlarını belirlemek ve nedeni, bulaşma yolu ve en iyi kontrol yöntemleri hakkında düşünceler geliştirmek önemlidir. Bir salgın olup olmadığı konusunda karar vermek oldukça politik bir konudur. Bölgedeki görevlilerin, halka duyuru yapmadan önce, bölgedeki ve Sağlık Bakanlığındaki diğer meslektaşlarına danışmaları gerekir.

IV.2. Salgının doğrulanması

Bir salgının araştırılması ve kontrolündeki ana adımlar Şekil 11 de gösterilmiştir. Birinci basamak, sonuna tanı koymak için bildirilmiş vakaları tekrar gözden geçirmektir. Bu, genellikle klinik vaka öykülerinin ve laboratuvar testlerinin analizi ile yapılır. Kan veya dışkı gibi örnekler alınıp ileri tetkikler için gönderilebilir. Eğer laboratuvar olanakları azsa veya hiç yoksa, test sonuçları alınmadan önce klinik tanıya göre harekete geçmelidir. Daha deneyimli bir sağlık çalışanına danışmak veya öneri istemek gerekebilir.

Şekil 11. Bir salgının incelenmesi ve kontrolünün ana hatları



Bu aşamada, vakaları hasta olmayanlardan ayıracak ve sonra onları olası, kuvvetle olası ve kesin vakalar olarak sınıflayacak teşhis kriterlerinin tekrar gözden

geçirilmesi gerekir. Bu, klinik olarak vakalara kolayca tanı konulamadığı veya hastalığın subklinik ya da asemptomatik infeksiyonlar yoluyla bulaştığı durumlarda özellikle önem kazanır. Salgının neden ortaya çıktığı konusundaki en iyi bilgi, kuvvetle olası ve kesin vakaların analizi ile elde edilir. İlerideki deneyimlerin ışığında, daha sonra kriterler değiştirilebilirse de, diğer vakaların aranmasından önce bu kriterlerin açıkça belirlenmesi de önemlidir.

Yüzyüze görüşme, beceri isteyen bir tekniktir ve sağlık çalışanları, şüpheli vakalardan hastalıklarının ayrıntıları hakkında bilgi alırken, kendilerini rahat hissetmeleri için onlara yardımcı olmalıdırlar. Vakalarla görüşme, aynı zamanda temaslının veya diğer hastaların belirlenmesine ve salgını açıklayabilecek belirli koşulları tanıtmaya da yardımcı olur. Yüzyüze görüşme işlemini standartlaştırmak için, ilk vakalar tam anlamı ile muayene edilip onlarla görüşüldükten sonra, özel vaka öyküsü formları geliştirilebilir.

Bir salgının doğrulanması, hastalığın insidansının, aynı toplulukta o hastalığın yakın zamandaki veya önceki yıllarda benzer zamandaki insidansı ile karşılaştırılmasıyla yapılabilir. Bir ani salgını doğrulamanın ikinci bir yolu da, vakaların aynı zamanda, aynı yerden gelmiş ve kümelenmiş olmalarıdır. Ancak, kolera gibi bazı hastalıklarda, bir salgın olup olmadığının doğrulanması için yalnızca bir kaç vakanın araştırılması gerekeceği ve sonra herhangi bir bildirilmemiş veya şüphelenilmemiş vaka olup olmadığını bulmak için özel bir araştırma yapılabileceği hatırd tutulmalıdır. Bu çok önemli adım aktif vaka bulma olarak adlandırılır. Bazı vakalar vakaların tanısı kesin olsa da, diğerleri hastalığı hafif geçirebilir ve yalnızca ayrıntılı soruşturmalar sonunda kesin tanı konabilir.

Bir kez salgının kaynağı bilindiğinde, sonraki vakalar temaslı izlemesiyle bulunabilir. Temaslı izlemesi, patlamada infekte vakalarla veya aynı infeksiyon kaynağıyla temas eden herkesin izlenmesidir. Bu, bütün vakaların tedavi edilmesi veya izole edilmesi gerektiği durumlarda büyük bir önem kazanır. Ancak kuluçka süresinin uzun olduğu hastalıklarda temaslı izlemesi güç bir iştir.

IV.3. Salgının tanımlanması

Hastalığın başlangıç tarihi ve zamanı ile kuluçka süresinde vakaların nerelerde bulduklarına kadar, bilinen vakaların yaş, cinsiyet, yerleşim yeri ve işleri hakkında bilgileri de elde edilmelidir. Bunlara ek olarak diğer ilişkili sorular da sorulmalıdır. Örneğin, sıtma genellikle gece soğan bir sivrisinek türü (Anopheles) ile bulaşır ve bu nedenle yerleşim yeri önemlidir. Hastalıkla ilişkili bir bilgi, incelemeyi belli bir konuya yönlendirmeye büyük ölçüde yardımcı olabilir.

Bir salgın hakkında yanıtlanması gereken temel sorular şunlardır;

- Salgına neden olan hastalık nedir.?
- Kaynak nedir?
- Bulaşma yolu nedir?
- Salgın nasıl açıklanabilir?

Bütün vakaların ne yönden benzer oldukları yani ortak yönleri araştırılmalıdır. Vaka görüşmelerinde kim, nerede, ne zaman soruları hakkındaki tüm bilgilerin analizini yapmak, yukarıda belirtilen yanıtları bulmak için önemlidir. Analizin ilk aşamalarında vakaların mutlak sayıları kullanılabilir, ancak daha sonra yaşa ve cinsiyete özel atak hızları gerekebilir.

IV.4. Salgın insidans eğrisi (ne zaman?)

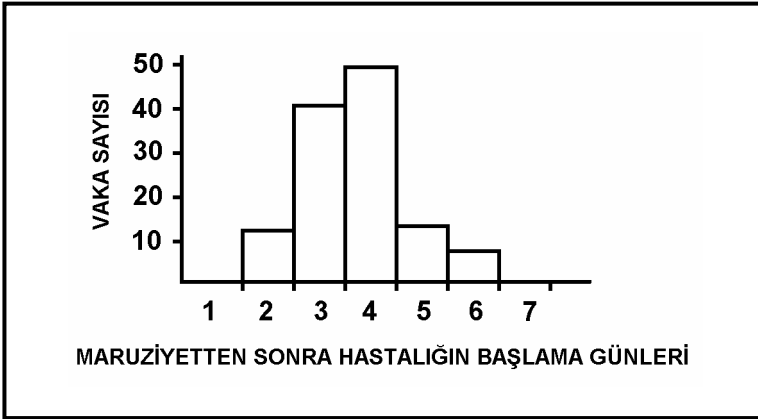
Hastalığın başlangıç zamanına göre vakaları gösteren grafiğe salgın insidans eğrisi denir ve analizin temel parçalarından biridir. Bu grafik, patlamanın doğasını ve olası kaynağını gösterebilir. Nokta kaynaklı veya ortak kaynaklı bir patlama, pek çok duyarlı kişinin patojen bir ajanla aynı zamanda karşılaşarak, hastalığın kuluçka süresine yaklaşan kısa bir süre içinde vakalarının insidansında artışla sonuçlanan durumdur. Bu önemli bir ipucudur. Bu tip patlama, kolera ve tifo gibi su kaynaklı hastalıklarla gıda kaynaklı hastalıkların özelliğidir. Şekil 12'de tipik bir salgın eğrisi görülmektedir.

Tek kaynağın uzun bir zaman aralığında sürekli bir maruziyet sağladığı salgınlarda grafik değişebilir: uzamış nokta kaynaklı patlama. Bu durumda başlangıç ani olacak, fakat vakaların insidansı hastalığın bir kuluçka süresinden daha uzun bir zaman aralığına yayılacaktır.

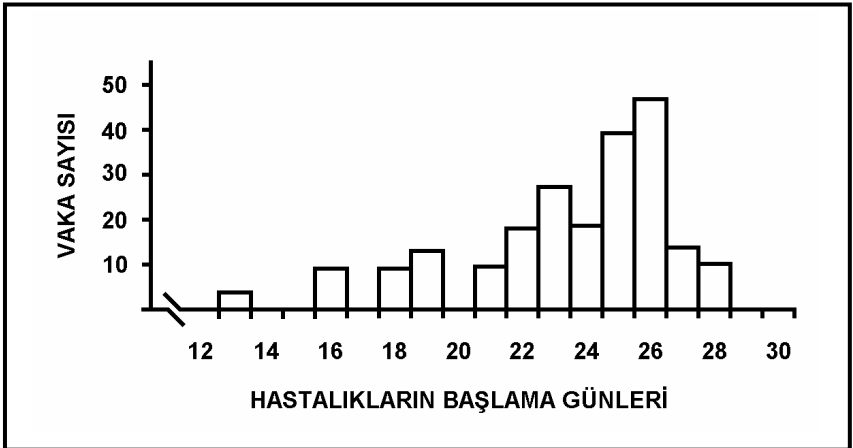
Şekil 12'deki örnekte, maruziyetin 0. günde olduğu varsayılmış ve kuluçka süresi bu yüzden 26 gün arasında, ortalama 4 günde ortaya çıkmıştır. Bu salgın eğrisi bir kolera salgınındaki insidans eğrisine çok benzemektedir.

Şekil 13'deki örnekte ise kaynak bilinmemektedir ve ilk saptanan vakalar ayın 13. günü ortaya çıkmış, izleyen vakalar da yaklaşık üçer gün aralarla görülmüştür. Bu, şigellada olduğu gibi, hastalığın insandan insana geçmesine bağlı tipik bir temasla yayılan salgındır.

Şekil 12. Bir nokta kaynaklı patlamanın salgın eğrisi



Şekil 13. Bir temasla yayılan salgının salgın eğrisi



Temasla yayılan salgın eğrisinin biçimi (Şekil 13'e olduğu gibi) hastalığın kuluçka süresinin uzunluğuna ve bulaşma için çevrenin elverişlilik durumuna bağlıdır. Kuluçka süresi uzadıkça vakaların yaygınlığı da artar. Temasla yayılan salgınlar için kalabalığın derecesi ve temasın yakınlığı, salgının en yüksek noktasına ulaşmasının hızını belirlerken, duyarlı nüfusun oranı salgının büyüklüğünü etkileyecektir. Vektör kaynaklı hastalıklar için, organizmaların vektör içindeki gelişme zamanları ve vektörün kendisinin gelişmesine yardım eden koşullar da eğrinin biçimini etkileyecektir.

Bir salgın eğrisi daha fazla bilgi de verebilir. Eğer organizma ve dolayısıyla onun kuluçka süresi biliniyorsa, olası maruziyet zamanı saptanabilir. Örneğin eğer Şekil

12 bir kolera salgını gösteriyorsa, bu durumda maruziyetin, vakaların en çok görüldüğü 3. ve 4. günlerden 2 veya 5 gün önce (koleranın olağan kuluçka süresi) olduğu ortaya çıkabilir. Aynı şekilde, eğer Şekil 13'deki salgın bir şigella patlamasına bağlı olsaydı, ayın 13. günündeki ilk vakaların 3 gün önce (şigellanın olağan kuluçka süresi) bir kaynak vakayla karşı karşıya kalmış olduğu tahmin edilebilirdi. Bilinen bir kuluçka süresinin bu şekilde kullanılması, enfeksiyon kaynağını izlemeye yardım eder.

Tam tersine, eğer maruziyet zamanı biliniyorsa, kuluçka süresi hesaplanabilir ve bu da neden olan organizma için bir ipucudur. Bu, özellikle maruziyet zamanının genellikle bilindiği gıda kaynaklı hastalıklara uygulanabilir. Örneğin, eğer Şekil 12'deki salgın bir gıda zehirlenmesi patlaması olsaydı, ve yemek 2. günün ortalarında yenseydi, kuluçka süresinin ortanca değeri 24 saat dolayında hesaplanabilirdi. Bu kuvvetle olası olan organizmanın stafilokoktan çok salmonella olabileceğini gösterirdi. Burada, kuluçka sürelerinin en iyi ortanca ve dağılım aralığı olarak gösterildiğine dikkat edilmelidir. Aritmetik ortalama kullanılamaz, çünkü pek çok salgında, ortalama vakaların merkezi kümeleşmesinden uzaklaştırmaya eğilimli, aşırı derecede uzun veya kısa kuluçka süreleri olabilir.

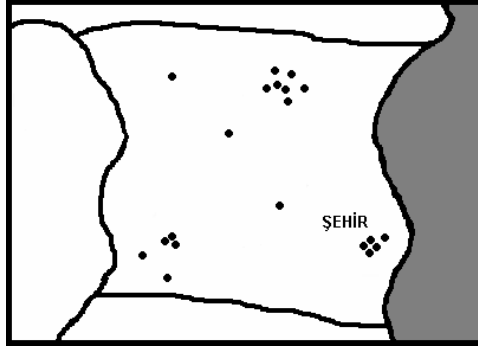
IV.5. Vakaların kim ve nerede sorularına göre analizi

Vakaların yaş, cinsiyet ve iş gibi kişisel özelliklere göre analizi de enfeksiyon kaynağı hakkında ipuçları verebilir. Eğer ilk vakalar çoğunlukla çocuklarsa, kaynak onların okulları çevresinde olabilir. Benzer şekilde eder yetişkin erkekler etkilenmişlerse, kaynak iş yerlerinde, tarlada veya başka bir yerde olabilir. Yine, değişik nüfus gruplarındaki atak hızlarını karşılaştırabilmek için hızların hesaplanması gerekebilir.

Bilinen vakaları bir "nokta haritası" üzerinde işaretlemek (Şekil 14'e bakınız), enfeksiyonun olası kaynağını gösterebilir. Bu örnekte olduğu gibi, çoğu kez yalnızca bilinen vakalar işaretlenebilir. Bununla birlikte, genel nüfusun dağılımını bilmekte önemli olabilir. Örneğin, eğer bu bölgede nüfusun %70'i kasabada yaşıyorsa, görünüşte kümelenmenin şehirde olması, gerçekte hastalığın kırsal alanda daha yaygın olduğunun görülmesini engeller. Kırsal alanda kümelenmiş hasta sayısı kasabadan daha az olsa bile, kırsal alanda ki nüfus da daha az olduğu için, gerçekte kırsal alandaki hastalık insidansı kasabadan daha yüksek olacaktır.

Eğer kısa bir zaman süresinde ortaya çıkan vakalar (örn. şigella için 23 gün, kolera için 1 hafta ve tifo için 2 hafta) harita üzerinde bir renkle, bundan sonraki vakalar da değişik renklerle işaretlenirse, salgının yaygınlığı açıkça ortaya çıkabilir. Vakaların bir bölgede ve yaklaşık aynı zamanda kümeleşmesi lokalize bir salgını gösteren yer-zaman kümeleşmesi olarak da adlandırılır.

Şekil 14. Salgının vaka kümelerini gösteren bölge nokta haritası



IV.6. Vaka-kontrol analizi

Kim, nerede, ne zaman sorularına göre yapılan tanımlayıcı analiz, zaman geçirmeden alınacak uygun kontrol faaliyetleri için, salgının kaynağı hakkında yeterli bilgiyi sağlayabilir. Bununla birlikte, bazı salgınlarda daha ileri analiz gerekebilir.

Bu analiz için çoğu kez bir vaka-kontrol çalışması yapılır: Hastalar, kuluçka dönemi içinde, akla gelen olası kaynaklar ile ne tür temasları olmuş olacağını saptamak için soruşturulur. Aynı sorular, aynı bölgede oturan, fakat hastalığı olmayan bir kontrol grubuna da sorulur. Her bir vakaya karşı en az bir kontrol alınmalıdır. Kontrolleri seçmenin en, kolay yolu vaka ile aynı cinsiyette ve yaşlarda (5 yıllık bir sınır içinde), bilinen bir hastalığın olmadığı komşu evlerden birinde yaşanan biri ile görüşmektir. Görüşmede yönlendirici soru sormaktan kaçınılmalıdır, bununla birlikte, örneğin insanlar daha önce ne yediklerini hatırlamakta güçlük çekebilecekleri için, bir kontrol listesi kullanmak çoğu zaman yararlıdır. Eğer mümkünse, taraf tutan yanıtları kaydetmekten kaçınmak için görüşmeciler salgının açıklamasını bilmemelidirler.

Vaka-kontrol çalışması teknikleri şunları kapsar;

- Olası infeksiyon kaynaklarını saptamak için hem vakalar hem de kontrollerle tam olarak aynı anketi kullanarak görüşme.
- Vaka ve kontrol gruplarında olası kaynakların her biri ile temas eden kişilerin oranını bulmak için elde edilen verilerin analizi.
- Önemli bir farklılık olup olmadığını arama.

Örnek ; Bir kolera salgınının olası başlangıç yeri olarak üç içme suyu kaynağı düşünülmektedir. Araştırmacılar, vakalar ve aynı sayıdaki kontrollerla

patlamadan 23 gün öncesinde içmiş oldukları su hakkında görüşerek infeksiyonun gerçek başlangıç yerini belirlemeye çalışmışlardır. Tablo 9'da görülebileceği gibi, muhtemelen herkes birden fazla su kaynağı kullanmış olmasına rağmen, B su kaynağı salgından daha fazla sorumludur. Bu teknik, kuluçka süresi uzadıkça daha az kullanışlı olur.

Tablo 9. Kullanılan su kaynağına göre 18 kolera vakasının vaka-kontrol çalışması

	Toplam	Kullanılan su kaynağı		
		A	B	C
Vakalar	18	17	16	6
Kontroller	18	14	3	17

Bu tablonun incelenmesiyle, eğer yalnızca 18 vaka soruşturulsaydı, infeksiyonun olası kaynağının ya A ya da B kaynağı olabileceği görülürdü. Kontrolların analize eklenmesiyle, kontrol grubunun çok azının B kaynağından su aldıkları görülmüştür; bulaşık olan B kaynağıdır. Bazen, eğer farklılık çok belirgin değilse, istatistiksel önemlilik testleri uygulamak gerekebilir. Tabloya bakıldığında, iki kolera vakasının B kaynağından su almadığı halde nasıl ortaya çıktığı sorulabilir. Böyle bir araştırmada her zaman hatalar veya yanlış öykü veren kişiler olabilir. Aynı şekilde, B kaynağına su kullandığını söyleyen 3 kontrol, gerçekte kullanmamış olabilir veya su almış, fakat hastalığa yakalanmamışlardır. Önemli olan vaka ve kontroller arasında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır.

Özellikle gıda kaynaklı salgınlar için başka bir kullanışlı yöntem, belirli yiyecekleri yiyenler arasında hastalık için atak hızlarını karşılaştırmaktır. Bu durumda etkene maruz kalmış nüfusta atak hızı yüksek, etkene maruz kalmamış nüfusta daha düşük olacaktır.

IV.7. Çevresel değerlendirme

Verilerin sistematik analizi, salgının çevresel bir kaynağını da gösterebilir. Bu durum, toksik kimyasal maddeler veya dışkı bulaşı yönünden, şüpheli gıda veya suyun bir laboratuvarında incelenmesi için (eğer olanaklar elveriyorsa) örnek alınmasıyla doğrulanabilir. Hastalık vektörlerinin üreme alanlarının araştırılması da gerekebilir. Bu gibi incelemelerde, yöreyi bilen yerel bir sağlık görevlisinin yardımı yararlı olabilir.

IV.8. Salgınlarnın kontrolu

Neden olan organizma, kaynağı ve bulaşma yolu bilindiğinde, salgının niçin olduğunu açıklamak muhtemelen kolay olacaktır. Kontrol ölçütleri hastalığa bağlıdır. Bulaşıcı hastalıkların kontrolu için temel stratejiler, Tablo 10'daki gibi üç başlık altında özetlenebilir.

Tablo 10. Bulaşıcı hastalığa bağlı bir salgının kontrolu için temel stratejiler

Kaynağa yönelik önlemler	Bulaşmayı engelleme	Duyarlı kişileri koruma
Vakaların ve taşıyıcıların tedavisi	Çevre temizliği	Bağışıklama
Vakaların izolasyonu	Kişisel temizlik	İlaçla koruma
şüphelilerin sürveyansı	Vektör kontrolu	Kişisel koruma
Rezervuar hayvanların kontrolü	Dezenfeksiyon ve sterilizasyon	İyi beslenme
Vakaların bildirilmesi	Nüfus hareketlerini kısıtlamak	

Birinci koruma, "bulaşmayı engelleme" ve "duyarlı kişileri koruma" başlıkları altında listelenen tüm önlemlerle birlikte, rezervuar olan hayvanların kontrolu ile başarılır. Eğer tüm bunlar tam anlamıyla uygulanırsa, yeni vaka sayısı büyük ölçüde azaltılabilecektir. Nitekim temiz su kaynakları ve dışkının doğru bir şekilde yok edilmesi koleranın yayılmasını önleyebilir, anofel sivrisineklerinin kontrolu sıtmanın bulaşmasını azaltabilir ve bağışıklama küçük çocukları kızamıktan koruyabilir.

İkincil koruma, subklinik vakalar ve taşıyıcıların bulunması ile temaslı izlemesi ve sürveyansla başarılır.

Üçüncül koruma, vakalarının veya taşıyıcıların tedavi edilmesi ve böylece organizmayı daha fazla yaymalarının önlenmesidir.

Bu yüzden, bir salgının kontrol edilmesindeki ana başlıklar şöyledir:

- Kaynağa ve bulaşma yollarına yönelik önlemler. Kontamine olmuş suyun kullanılması yasaklanması veya su dezenfekte edilmeli, infekte gıda yok edilmeli, vektörlerin üreme yerleri kontrol altına alınmalıdır.

- Tüm vakaların tedavisi ve izolasyonu. Verilecek tedavi, hastalığa, eldeki olanaklara ve sağlanan malzemelere göre değişebilir.
- Yerel nüfusun direncinin artırılması. Bazı bulaşıcı hastalıklar, ilaçla koruma ile (örneğin sıtma) veya bağışıklama ile (örneğin poliomyelit ve kızamık) önlenir. Tifo ve kolera gibi bazı hastalıkların salgınlarında aşılamanın göreceli olarak etkisiz olduğu akılda tutulmalıdır.

Sürekli sürveyans için, salgının akut fazında, özel risk altındaki şüphelileri gözlem altında tutmak gereklidir. Bir kez salgın kontrol altına alındıktan sonra, kontrol önlemlerinin etkin olup olmadığından emin olmak amacıyla, yeni vakalar için sürveyans yapılmalıdır. Bunu göstermek için rutin bildirim sistemi yeterli olmayabilir ve özel sürveyans gerekebilir. Bu durumda toplum sürveyansı, yeni vakaların tanınması ve bildiriminde önemli bir araç olabilir.

IV.9. Salgının bildirim

Hastalıkların kontrolü ile ilgili yetkililerin kendi önlemlerini alabilmeleri için, il/ilçe sağlık yönetim ekibinin önemli bir salgını, Sağlık Bakanlığı'ndaki ve bölgedeki diğer meslektaşlarına olabildiğince erken bildirmesi gerekir. Salgın hakkında kısa bir rapor yazılmalı ve bu rapor gelecekte olabilecek benzer salgınları önlemek için alınacak önlemler hakkında öneriler içermelidir.

Rapor aşağıdaki noktaları kapsamalıdır;

- Neden olan organizma ve olanaklı bulaşma yolları.
- Salgın eğrisinin, coğrafi dağılımın ve vakaların ana özelliklerinin tanımlanması.
- Salgının muhtemel veya kesin nedeninin açıklanması.
- Uygulanan hastalık kontrol önlemleri.
- Salgının tekrarlanmasını önlemek için iyileştirme önerileri.

Rapordan birer kopya yerel sağlık yöneticisine, Sağlık Bakanlığı'na, bölgedeki üst düzey hükümet yetkililerine, bölgesel sağlık kuruluşlarında görevli sağlık çalışanlarına, toplum liderlerine ve diğer yerel örgütlere dağıtılmalıdır.

IV.10. Bölge salgın özet inceleme listesi

- Bir salgın var mı? sorusunun yanıt verebilecek bilgileri toplayın.
 - Olası hastalıklar yönünden vakaları yeniden gözden geçirin ve olası, kuvvetle olası ve kesin vakalar için teşhis kriterlerini tanımlayın,
 - Vakalar için sağlık bilgi sistemini kontrol edin,

-
- Saptanamamış vakaları araştırın,
 - Daha önceki endemik durum ve yerel bilgileri gözden geçirin.
 - Salgını tanımlayın;
 - Ne zaman? salgın insidans eğrisi,
 - Nerede? vakaların harita üzerinde gösterilmesi,
 - Kim? vakaların özellikleri,
 - Paydayı tahmin etmek için risk altındaki nüfus hakkında bilgi toplayın.
 - Bu salgının nedeni nedir? sorusunu yanıtlayın:
 - Sebep olan etken,
 - Kaynak ve bulaşma,
 - Maruziyet,
 - Duyarlılar ve yüksek risk grupları,
 - Açıklamanın test edilmesi için vaka kontrol yöntemini kullanın,
 - Laboratuvar incelemesi için örnekler toplayın.
 - Belirli hastalıklar için kontrol önlemlerinin alınması;
 - Kaynağa yönelik önlemler alın,
 - Bulaşmayı engelleyin,
 - Duyarlı kişileri koruyun,
 - Yetkililere haber verin,
 - Rapor yazın ve dağıtın.
-

Bölüm 5

EPİDEMİYOLOJİK SAHA ARAŞTIRMALARI

V.1. Saha araştırmalarının (surveyans) kullanım alanları

Saha araştırmaları, bir çok gelişmekte olan ülkede olduğu gibi, rutin sağlık bilgi veya surveyans sistemleri ile toplanamayan ek bilgilerin toplanmasında çok yararlı yöntemlerdir. Bununla birlikte, saha araştırmaları personel, zaman ve para gerektirdiği için, il/ilçe sağlık yönetim ekibinin gerek duyulan her bilginin raporlardan veya diğer bakanlıklardan elde edilemeyeceğine ve bunu elde etmekte en uygun yolun bir araştırma yapmak olduğuna ikna edilmesi gerekmektedir.

İl/ilçe sağlık yönetim ekibi, epidemiyolojik bir saha araştırması yapılmasının gerektiği bir çok durumla karşılaşacaktır. İl/ilçe sağlık yönetim ekibi genellikle planlama ve protokolün hazırlanmasında doğrudan sorumlu değildir. Ancak bunların yerel olarak uygulanmasında bu ekibe gerek olabilir ve İl/ilçe sağlık yönetim ekibi, araştırmanın neden yapıldığını ve her basamağın gerekçelerini bilmelidir.

İl/ilçe sağlık yönetim ekibi bir epidemiyolojik saha araştırması düzenlemek istediğinde, bağışıklamanın kapsama düzeyini tahmin etmek gibi çeşitli fırsatlar da ortaya çıkacaktır. Bir grup gebenin neden izlenemediğini bulmak veya çocukların aşılarının yapıp yapılmadığını ya da parazitoz gibi hastalıklar için okul çocuklarını taramak gibi faaliyetler de örnek olarak verilebilir. Saha araştırmasına katılacak toplum içindeki kişilere her zaman bazı sağlık hizmetlerinin sunulması önemli ilkedir: **hizmet vermeden saha araştırması olmaz!**

Kesitsel saha araştırmaları (prevalans araştırmaları), kişileri belirli bir zaman kesiminde inceler ve bu yüzden, malnütrisyon ve tüberküloz gibi göreceli olarak daha uzun süren infeksiyonlar veya durumlar için prevalans verilerini sağlarlar. Eğer araştırılan durumun insidansı bu haftalar boyunca çok fazla değişmeyecekse, "zaman kesimi" bir kaç haftaya veya aya kadar uzayabilir. Bununla birlikte, önemli ölçüde mevsimsel iniş çıkışlar gösteren bir hastalık veya olay için saha araştırmasının yapılmasında yılın en uygun ayı seçilmelidir.

Longitudinal saha araştırmaları yani izleme dayalı araştırmalar, örneğin, yeni

kızamık veya tüberküloz vakaları, ya da antenatal kliniğe ilk kez başvuran gebe kadınların sayısı gibi, bir zaman süresinde oluşan tüm yeni vakalar veya olaylar hakkında bilgi toplar ve bu yüzden insidans verileri sağlar. İnsidans verilerinin toplandığı zaman süresi mutlaka tanımlanmalıdır. Longitudinal çalışmalar, bulaşıcı hastalıkların sürveyansına benzer bir şekilde düzenlenebilir.

Kıdemli bölge sağlık personeli yaygın sorunlar için kendi kesitsel çalışmalarını bu konuda uzman kişilere danışarak düzenleyebilmelidir, ancak longitudinal çalışmalar daha karmaşıktır ve bunlar için çok daha fazla yardım istenmelidir.

Kesitsel saha araştırmalarının temel özellikleri şunlardır:

- Prevalans hakkında bilgi sağlar.
- Tanımlayıcı bilgilerin elde edilmesi, taramalar ve hizmetlerin kullanılmasının tahmin edilmesinde yararlıdır.
- Nadir görülen hastalıklar ve olaylar için yararlı değildir.
- Planlanması ve yürütülmesi oldukça çabuk ve kolaydır.
- Yorumlaması güç olabilecek prevalans verileri sağlar.
- Eğer iki kesitsel saha araştırması yapılırsa, bir insidans tahmini verebilir.

Bir epidemiyolojik araştırmada beş ana aşama vardır:

- Saha araştırmasının gerekliliğinin ortaya konması ve amaçların belirlenmesi.
- Örneklemin ve örnekleme yöntemlerinin belirlenmesi.
- Saha araştırmasının düzenlenmesi ve uygulanması.
- Analiz, bulguların yorumu, sunumu ve öneriler.
- Bulguların sağlık planlamasında ve hastalık kontrolünde kullanılması.

Bir araştırmanın her safhasında yapılacak en ufak hata dahi araştırmanın sonuçlarının güvenilirliği kaybetmesine yol açacağı için, araştırma planlanması ve uygulaması sırasında maksimum dikkat ve titizliğin gösterilmesi gerekmektedir.

V.1.a. Saha araştırmasının gerekliliğinin ortaya konması ve amaçların belirlenmesi;

Erken bir aşamada, İl/ilçe sağlık yönetim ekibinin öncelikle hangi soruların sorulacağını belirlemesi ve sonra bir saha araştırmasının gerçekten gerekli yanıtları sağlayıp sağlayamayacağına karar vermesi önemlidir. Araştırmanın sorusu basit ve açık olmalıdır, örneğin:

Bu köydeki 12-36 aylık çocuklar arasında malnütrisyon prevalansı nedir?

Amaç, o bölgede yaşayan 12+36 aylık çocuklar arasında hafif, orta ve ağır malnütrisyon prevalansını belirlemek olabilir.

Amaçlara uygun olarak araştırılacak nüfus belirlenir. Hafif, orta ve ağır malnütrisyon için kriterler konulmalıdır. Soruların kesin ve belirtilen amaçların açık olmaması saha araştırmalarındaki çok yaygın hatalardandır.

V.1.b. Örneklemenin ve örnekleme yöntemlerinin belirlenmesi;

Araştırmaya alınacak kişilerin tümü referans nüfus olarak adlandırılır, fakat bu kişilerin her birinin incelenmesi çoğu zaman mümkün değildir. Referans nüfustaki her bir kişinin, çalışma kapsamına alınmada eşit bir şansa sahip olduğu, çalışma nüfusu denilen bir örneklem seçilmesi daha yaygın bir uygulamadır. Bu yolla seçimden gelen taraf tutmadan kaçınılmış olur ve çalışma nüfusu büyük bir olasılıkla referans nüfusu temsil edebilir. Yanlış veya eksik örnekleme, saha araştırmalarında yapılan diğer bir yaygın hatadır.

Nüfusun tamamı üzerinde çalışmak çok fazla zaman, insangücü ve para isteyebilir. Bundan başka, böylesine büyük bir grubun incelenmesi hatalara neden olabilir. Bununla birlikte, bir salgın sırasında tüm vakalarla görüşmek gerektiği zaman veya çalışma için bir grup seçilmesinin toplumda "ayırım yapıyor" duygusunu yaratılabileceği bazı durumlarda, nüfusun tamamının incelenmesi gerekebilir.

Bir saha araştırması planlanırken, kimlerin inceleneceğinin tanımı önemlidir. Örneğin, hangi cinsiyetin, yaş grubunun, işin ve bölgenin araştırma kapsamına alınacağına karar verilmelidir.

Kesitsel araştırmalarda evreni temsil edecek şekilde örnek büyüklüğü belirlenir. Bir prevalans çalışması için gerek duyulan örneklem büyüklüğü istenilen doğruluğa ve incelenen konunun prevalansına bağlıdır. Örneğin, lepra prevalansı 100 kişide bir veya 1000 kişide 10 olsun. Bu durumda, 100 kişilik bir örneklemede yalnız 1 vaka beklenebilir ve bütün gözlemler içinde hiç vaka olmama şansı da vardır. Böyle küçük bir örnekleme, lepra prevalans hızı hakkında doğru bir değerlendirme yapılması olanaksızdır. 1000 kişilik bir örneklemede bile yalnızca 10 lepra vakası beklenebilir. Prevalansı %30 olan şistosomiazis gibi daha yaygın bir durumda, 100-200 kişilik bir örneklemin oldukça doğru bir prevalans hızı verebileceği ve 1000 kişinin muayenesinin büyük bir olasılıkla gerekmeyeceği söylenebilir. Tablo 11, beklenen prevalansın değişik düzeylerine göre en küçük örneklem büyüklüklerini ve tahmin edilen prevalanstaki örnekleme hatalarının sınırlarını göstermektedir.

Tablonun kullanılması için, önce tablodan beklediğiniz prevalansa en yakın değere uyan sütunu seçiniz (eğer beklediğiniz değer %50'den büyükse, bunun

100'den çıkararak elde edilen değeri kullanınız). Sonra beklenen değere göre kabul edilebilecek örnekleme hatasına uyan satırı seçiniz.

Tablo 11. Bir prevalans araştırmasında, beklenen prevalans hızlarına göre en küçük örneklem büyüklüğü

Kabul edilen örnekleme hata sınırları ¹	Beklenen en yüksek prevalans hızı ²							
	% 1	%2.5	% 5	% 10	% 20	% 30	% 40	% 50
% 0.5	1 522	3 746	7 300	13 800	-	-	-	-
% 1	381	937	1 825	3 458	6 147	8 068	220	9 604
% 2	-	235	457	865	1 537	2 017	305	2 401
% 5	-	-	73	139	246	323	369	385
% 10	-	-	-	35	62	81	93	97
% 15	-	-	-	-	28	36	41	43

1) Bu, %95 güven aralığının gösterir. Örneğin, gerçek prevalans %10 ise ve örneklem büyüklüğünü 39 almışsak, örnekleme ölçülen prevalans, %95 kesinlikle, %5 ile %15 arasındadır (%10 + 5). Genellikle %5'den daha büyük örnekleme hatası kabul edilmez.

2) Prevalans için en büyük hızın seçilmesi uygun olur. Eğer beklenen hız %50'den büyükse, beklenen hızı 100'den çıkararak elde edilen değeri kullanın.

Gerekli örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında, tabloda gösterilmeyen değerler için aşağıdaki formül kullanılır:

$$n = \frac{pq}{(E/1,96)^2}$$

n, gerekli en küçük örneklem büyüklüğüdür.

p, beklenen en büyük prevalans hızıdır (%).

q = 100 - p

E, kabul edilebilir örnekleme hatasıdır (%).

Örnek ; Eğer p = 0,40; q = 0,60 E = 0,05 ise

$$(0,40 \times 0,60)$$

$$n = \frac{\text{-----}}{(0,05/1,96)^2} = 368,8 \text{ veya } 369 \text{ kişidir.}$$

Örneklem büyüklüğü belirlendikten sonra, örneklemin seçiminde iki ana yöntem vardır; **rastgele (random) ve sistematik örnekleme**. İstatistiksel nedenlerle, rastgele örnekleme ile daha temsil edici bir çalışma nüfusu sağlanabilir, ancak uygulamada sistematik örnekleme yapılması daha kolaydır.

Basit rastgele örneklem seçiminde önemli aşamalar aşağıda verilmiştir;

- Örnekleme biriminin ne olacağına karar verilmesi. Örnekleme birimi kişi, hane veya köy olabilir.
- Örnekleminin çekilebileceği bütün uygun örnekleme birimlerinin bir listesinin yapılması. Bu listeye örnekleme çerçevesi denir.
- Örnekleme çerçevesini oluşturan bu listeden, rastgele seçilmesi gereken birim sayısına karar verilmesi, Buna örneklem büyüklüğü denir. Bu sayının, örnekleme çerçevesindeki uygun birimlerin toplam sayısına bölünmesi ile örnekleme oranı elde edilir.
- Örnekleme çerçevesinden, tüm birimlerin eşit seçilme şansı olacak bir şekilde, yani rastgele gerekli sayıda birim seçilir. Bu, kura çekerek veya rastgele sayılar tablosu kullanılarak yapılabilir.

Sistematik örneklem aşağıdaki şekilde seçilebilir;

- İlk birim rastgele seçilir.
- Sonraki birimler, listedeki her beşinci kişi, hastaneye yatan her üçüncü kişi veya sokaktaki her onuncu ev gibi, sistematik bir şekilde seçilirler.
- Çoğu kez, birkaç küme oluşturmak için farklı rastgele başlama birimleri seçilir.

Çoğunlukla bireylerden oluşan tam bir örnekleme çerçevesi elde etmek olanaksızdır. Bu tür ayrıntılı bilgiler genellikle yoktur ve elde etmek de pahalı ve zaman alıcıdır. Bireyler yerine, rastgele seçilmiş köyler veya haneler kullanmak buna bir çözüm getirebilir. Ortak bir değişken hakkında bilgi toplamak için **küme örnekleme** önerilir. Örneğin bağışıklama araştırmaları için yeterli örneklem büyüklüğü 210 ve küme sayısı 30 olarak belirlenmiştir. Bu tür bir örnekleme ulaşmak için her kümeden 7 kişi ile görüşmek gerekmektedir. Otuz köy (haneler kümesi) rasgele seçilir ve sonra her bir kümeden, yine rasgele olarak, yedi hane veya kişi seçilir. Bu teknik, ilk olarak bağışıklamanın kapsama düzeyini tahmin etmek için geliştirilmiştir ve günümüzde tanımlayıcı kesitsel saha araştırmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak her kümeden 7 kişi ile görüşmek her araştırma için geçerli değildir. Her araştırma için gerekli örneklem büyüklüğü belirlendikten sonra, örneklem büyüklüğü küme sayısına bölünerek her kümede

görüülecek kişi sayısı belirlenir. Bu örnekleme yöntemi, göreceli olarak sık görülen olayların incelendiği durumlarda uygundur, fakat seyrek görülen olaylarda yeterince doğru tahminler vermez. Aynı zamanda, sağlık durumundaki değişiklikleri ölçmek için de uygun bir örneklem değildir.

Küme örneklemlerin bazı avantajları vardır:

- Köy sayıları gibi, basit bir örneklem çerçevesi gerektirir.
- Kişiler gruplar halinde bir arada olduğu için, saha araştırması yapmak daha kolay ve hızlıdır.
- Çoğu kez yerel topluluklar tarafından daha kolay kabul edilir.

V.1.c. Saha araştırmasının düzenlenmesi ve uygulanması.

Saha araştırmasının düzenlenmesi sırasında örneklem büyüklüğü tespit edildikten ve seçildikten sonra, araştırmanın uygulama aşamasına gelinmektedir. Araştırmanın hazırlık planlarında araştırmada çalışacak personel, araştırmada kullanılacak malzemeler, finansmanı ve zaman çizelgesi yer almalıdır.

Araştırmanın hazırlık aşaması ve uygulanması sırasında dikkat edilmesi gereken bazı konular aşağıda verilmiştir.

Katılmama Hızı: Örneklem iyi seçilse de, eğer hanelerin veya kişilerin büyük bir bölümü ile ilişki kurulamazsa ya da soruları yanıtlamazlarsa, saha araştırmaları yanlış yola sevk edici sonuçlar verebilirler. Bu, araştırmaya katılmama hızı olarak adlandırılır. Araştırmada ulaşılabilenlerle görüşölüp, ulaşılamayanlarla görüşölmemesi sonucu, taraf tutma (bias) ortaya çıkabilir. Örneğin, kırsal kesimde yapılan bir köy araştırmasının gündüz yürütölmesi, tarlalarda çalışan genç kadın ve erkeklerle görüşölmemesine neden olabilir. Kişiler, malnütrisyon saha araştırmalarının ücretsiz gıda sağlanmasına yol açması gibi, yalnızca bazı kazançlar elde edeceklerini düşünürlerse bir saha araştırmasına katılabilirler. Araştırmada görüşölmeyenler de görüşölünenler kadar önemli olabilir. Araştırmaya katılmama, yaygın görülen durumlar için yapılan saha araştırmalarında, nadir hastalıklar için yapılan araştırmalar kadar sorun yaratmayabilir. Bütün saha araştırmalarında, yetersiz örnekleme ve yetersiz katılma hızları aynı ölçüde önemli sorunlardır.

Katılmama hızını azaltmak için:

- Seçilen örneklemin en az %80'i ile görüşölün.
- Araştırmaya katılmayanlara bir kez tekrar gidin.

Tekrar Edilebilirlik ; Ölçümlerde kolaylıkla yanlış yapılabilir. Yanlış ölçümler, çoğunlukla hatalı veya güvenilir olmayan denekler nedeniyle değil, saha

araştırmasında çalışanların hatalı ölçüm yapmalarından kaynaklanır. Buna gözlemci hatası denir. Bununla birlikte, ölçüm aletleri düzenli kontrol edilmediğinde, örneğin tartının sıfırlanmadığı durumlarda, alet hataları da olabilir. Başka bir yaygın hata kaynağı da , bilgilerin kayıt formlarına veya anketlere hatalı geçirilmeleridir.

Hatalar aşağıdaki gösterildiği gibi azaltılabilir:

- Bütün personel çok iyi eğitilmeli ve yöntemlerin doğru uygulanıp uygulanmadığını görmek için sık sık kontrol edilmelidir.
- Bir bebeğin nasıl tartılacağı, bir ankette soruların nasıl sorulacağı gibi standart ve onaylanmış rehberler izlenmelidir.

Anketler ; Anketler basit gibi görünebilirler, fakat gerçekte hazırlanmaları şaşırtıcı derecede güçtür. Anketler, genellikle bir görüşmeci aracılığı ile, kişilerin yakın geçmişlerinde ne yaptıkları, neler yedikleri, hastalanıp hastalanmadıkları, yakın zamanda kimlerin öldüğü ve tıbbi bakım için nereye başvurdukları gibi konularda bilgi toplamak için kullanılırlar. Bu tür bilgilerin başka yollardan elde edilmeleri zor ya da olanaksızdır. Örneğin, insanların kullanma sularını nereden aldıklarını gözlemek yerine, onlara sorular sorarak bunu öğrenmek daha kolaydır. Ancak, insanların yaptıklarını söyledikleri şeylerin, aslında gerçekte yaptıklarından tamamen farklı olabileceğini akılda tutmalıdır.

Anketin düzenlenmesinden sonra, görüşmeciler kullanılarak araştırma grubuna benzer küçük bir grupta ön denemesinin yapılması çok önemlidir. Bu, hataları ve belirsizlikleri düzeltmek ve görüşmecilerin anketin yeni kabul edilen şekli üzerinde eğitimi için gereklidir.

Görüşmeciler ; Soruların yanıtlarını nasıl etkileyebilecekleri konusunda uyarılmalı ve hangi soruların yansız ve ürkütmeden, belli yanıtların "doğru" olduğunu belirtecek herhangi bir işarette bulunulmadan sorulması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidirler. Bu yüzden görüşmeci yanıtlar karşısında, onay veya onaylamama, beğenmeme veya hoşlanma gibi duygularını göstermelidir. Bu yetenek, ancak dikkatli bir eğitim sonunda kazanılır. Sağlık çalışanları çoğu zaman iyi görüşmeci olamazlar, çünkü doğal olmakta ve önerilerde bulunmamakta güçlük çekerler.

Değişkenlerin seçimi ; Değişkenler, ya sayısal (örn. yaş) ya da sınıflandırılmış (örn, hastalığın olması veya olmaması) olarak ölçülen özelliklerdir. Her değişken için gözlemler tekrar edilebilir olmalı ve saha araştırmasının planlama aşamasında, tüm değişkenlerin ölçülmesinde ve sınıflandırılmasında standart yöntemlerin kullanılmasını sağlamak için yeterli zaman harcanmalıdır.

Bir çalışmada hangi değişkenler bulunmalıdır? Değişkenlerin araştırma konusuyla ilişkilerine göre seçileceği açıktır. Eğer bir değişken analiz aşamasında kullanılmayacaksa araştırmaya katılmamalıdır. Belirli bir değişkeni katmadan önce, hangi bilgiyi elde etmeyi umduğunuz konusunda açık olun. Çünkü fazla veri toplamak ve bunları işlemek için oldukça fazla çaba ve insangücü gerekebilecektir. Araştırmaya katılan her konunun gerekçesi açıklanması ve her konu "masrafa değer" olmalıdır. Çalışmaya hangi değişkenlerin alınacağı düşünüldüğünde yanıt şudur: **Konunun gerektirdiği kadar çok, fakat mümkün olduğu kadar az!**

Her değişken için:

- İyi bir tanım ve
- Değişkeni ölçebilecek bir yöntem gereklidir.

V.1.d. Analiz, bulguların yorumu, sunumu ve öneriler;

Saha araştırmasının amacına yönelik olarak tablolar oluşturulur ve grafikler çizilir. Daha sonra verilerin tanımlayıcı istatistikleri hesaplanır. Oluşturulan tablolar, grafikler ve istatistiksel sonuçların yorumları yapılmalıdır. Saha araştırmasının analiz sonuçları ve sorunun çözümüne yönelik çözüm önerilerinin de mutlaka oluşturulması gereklidir.

V.1.e. Bulguların sağlık planlamasında ve hastalık kontrolünde kullanılması:

Saha araştırmasında ortaya çıkan bulguların, yorumların ve önerilerin ışığı altında bir sonraki sağlık planında bu soruna yönelik faaliyetlerin yer alması gerekmektedir.

Bölüm 6

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ VE BÖLGE SAĞLIK PLANLAMASI

VI.1. Temel sağlık hizmetleri ve bölge sağlık planlaması

Şimdiye kadar bölge ve bölge nüfusunun tanımı, epidemiyolojik ilkeler, epidemiyolojik sağlık bilgileri ve bildirim surveyans sistemi tartışılmıştır. Bu bölümde epidemiyolojinin sağlık planlaması, yönetime ve değerlendirilmesi fonksiyonlarını desteklemek için kullanılması ile ilgilidir.

Sağlık planlamasında üç önemli soru vardır:

- Gelecekte nerede olmak istiyoruz? "**orada**"
- Şimdi neredeyiz? "**burada**"
- "**Buradan**" "oraya" nasıl ulaşırız?

İlk soru **Nerede olmak istiyoruz?**, hizmet verilen bölgeye genel amaç, özel amaç ve hedeflere yönelik özel plan ve programların geliştirilmesini gerektirir.

İkinci soruya **Şimdi neredeyiz?** yanıt, toplumun sağlık durumunun değerlendirilmesi; sağlık kuruluşları, personel, araç gereç ve finansman ile ilgili ulaşılabilir kaynakların belirlenmesi, ve son olarak sağlık kuruluşları ve onların sağlık programlarının ulaşılabilirlik, kapsama düzeyi, yeterlilik ve etkinliklerinin değerlendirilmesini içerir. Bu sorulara yanıt verilmesinde, toplumun görüşlerinin de göz önüne alınması çok önemlidir.

Üçüncü soru "**buradan**" "**oraya**" nasıl ulaşırız"? plan ve program çerçevesinde ele alınacak önceliklere göre sağlık faaliyetlerinin ve stratejilerin belirlenmesi, ayrıca gereken yönetim desteğinin belirlenmesini içerir.

İl/ilçe sağlık planlaması ve yönetiminde bu üç soruya yanıt verilmesi gerekir, fakat elde edilebilen bilgi hiç bir zaman istenildiği kadar doğru veya tam olmamaktadır. Bir çok durumda, İl/ilçe sağlık yönetim ekibi hesaplamaya dayalı tahminlere, bazen yalnızca varsayımlara dayalı olarak karar vermek zorunda kalacaktır ve gelecek yıl için sağlık bilgilerinin geliştirilmesi amacıyla kaynak ayrılması gerekecektir. Bununla birlikte, elde olan sağlık bilgileri niceliği ve

niteliği ne olursa olsun, İl/ilçe sağlık yönetim ekibinin bir sonraki yılın programlarını yapması için amaçlarını belirlemesi gereklidir.

Bölgenin temel sağlık hizmetleri planlamasında, en azından, temel sağlık hizmetlerinin aşağıda gösterilen sekiz temel maddesinin göz önüne alınması gerekir. Temel sağlık hizmetleri için tüm maddeler önemlidir ve amaç, tüm maddelerin bölgede uygulanır hale getirilmesidir.

- Yaygın sağlık sorunları ile, bunlardan korunma ve kontrol yöntemleri için eğitim.
- Gıda kaynaklarının sağlanması ve uygun beslenmenin geliştirilmesi.
- Temiz su kaynakları ve temel sağlık hijyeninin sağlanması.
- Aile planlamasını da içerecek şekilde, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri.
- Başlıca infeksiyon hastalıklarına karşı bağışıklama.
- Yerel endemik ve salgın hastalıklardan korunma, bu hastalıkların kontrolü.
- Yaygın hastalıkların ve yaralanmaların uygun tedavileri.
- Temel ilaçlar ve malzemelerin sağlanması.

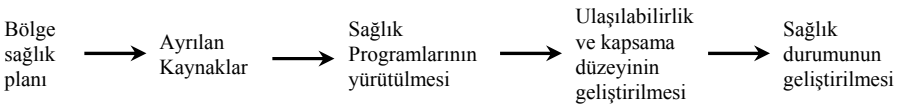
Hizmet bölgelerinde temel sağlık hizmetlerini geliştirmek için bazı stratejiler kullanılmaktadır.

Yaygın olarak uygulanan stratejiler aşağıda gösterilmiştir:

- Toplumdaki bazı kişilerin eğitilmesi ve kullanılması.
- Sağlık programlarının planlanması ve yürütülmesinde toplum katılımı.
- Özellikle tarım, eğitim, barınma, sanitasyon ve su sağlanması konusunda sektörler arası işbirliği.
- Sağlık örgütleri, özellikle resmi ve resmi olmayan kuruluşlar ve özel hekimler arasında işbirliği.

Her ilin, sağlık grup başkanlığının ve sağlık ocağının yıllık ve ara dönem sağlık plan ve programlarının bulunması gerekir. Bu plan çerçevesinde sağlık programları geliştirmede izlenmesi gereken süreç aşağıda özetlenmiştir. (Şekil 15).

Şekil 15. Bölge sağlık yönetiminin ana hatları



VI.2. Mevcut sağlık durumu

Bölge sağlık planlamasının başlangıç noktası, bölge sağlık profilinin çıkarılması için gerekli olan bölgedeki mevcut durumun ayrıntılı bir analizidir. Bu, **şimdi neredeyiz?** sorusunun yanıtlanmasına da yardımcı olur. Bu profil, iyileştirme çalışmalarının planlanmasında bir başlangıç noktası olarak, bugünkü durumun görölmesini sağlar. Bununla birlikte, İl/ilçe sağlık yönetim ekibi, şimdi nerede bulunduğu ve neler başarılabileceği konusunda gerçekçi olmalıdır.

Sağlık göstergeleri bölgenin mevcut durumunun analizi, özel hedeflerin gösterilmesi ve bu hedeflere ulaşılıp ulaşılamayacağının saptanması için gereklidir. Bölge sağlık profilinin güncel olabilmesi için tercihan sürekli, en azından bir yıllık faaliyetler gereklidir. Bu bilgiler analiz edilmeli, yorumlanmalı ve yaygın olarak ilgililere duyurulmalıdır. Göstergelerde görölen gelişme görsel yollarla daha geniş kitlelere iletilmelidir.

Profilde gösterilen ölçütler, ölçülebilir ve elde edilebilir temel ölçütler olmalıdır. Buna ek olarak, il/ilçe sağlık yönetim ekibinin gerçekçi sağlık plan ve programları hazırlayabilmesi için, bölgenin tarihi, coğrafi durumu, sosyoekonomik koşulları ve politik sistemi gibi diğer bilgiler de bilmesi gereklidir. Bölge sağlık profili için önemli göstergeler aşağındaki gibi sınıflandırılabilir:

- İl/ilçe/sağlık ocağı nüfusu.
- Sağlık durumu; beslenme durumu, morbidite ve mortaliteyi kapsar.
- Sağlık kaynakları; fizik koşulları (bina gibi), insangücü, finansman ve lojistiği kapsar.
- Sağlık programları; gebelik ve doğum, çocuk izlemi, çevre sağlığı ve klinik izlemi gibi hizmetleri kapsar.

VI.3. Bölge önceliklerinin saptanması

Bölge sağlık planlamasında ikinci adım "Buradan" "oraya" nasıl ulaşırız? sorusuna yanıt vermektir. Bölge sağlık profilinde gösterildiği gibi, bugünkü durumun analizi, bu soruya yanıt vermek için bir temel oluşturabilir.

Analiz aşağıdakileri tanımlamalıdır:

- Temel sağlık sorunları.
- Yüksek risk grupları.
- Sağlık programlarına ulaşabilirlik ve kapsama düzeyi.
- Bu programların düzenlenmesi ve yönetilmesi.

Bölgenin sahip olduğu sağlık kaynakları hemen her zaman yetersizdir, bu nedenle

bölgedeki temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde önceliklere karar verilmesi önemlidir. Seçimler yapılmalıdır; hangi nüfus gruplarına, hastalıklara veya altta yatan sağlık sorunlarına öncelik verilmelidir? Hangi sağlık programlarına daha fazla dikkat veya daha fazla kaynak ayrılmalıdır? İyi epidemiyolojik sağlık bilgisinin tüm bu sorulara yanıt vermede yardımcı olması gerekir.

Bu seçimlerin yapılması zor bir işlemdir. Hem sağlık bakanlığının sağlık planı ve programının, hem de bölgenin kendi öncelikleri hakkında verdiği kararların gözüne alınması gerekir. Mevcut sağlık durumu kadar politik, sosyal ve ekonomik faktörler de karar vermede etkili olmalıdır. Bölgede verilen sağlık hizmetlerinin ülke düzeyinde belirlenmesine karşın, her bölgenin kendine has özel öncelikli sorunları vardır. Öncelikler hakkında bir çok önemli karar, il/ilçe düzeyinde, il/ilçe sağlık yönetim ekibi tarafından alınmalıdır ve bu çalışmaya toplumu temsil edenler, yerel kurullar ve yerel yönetimin planlama sorumluları da katılmalıdır.

Sağlık plan ve programlarında aşağıdaki unsurlar arasındaki denge göz önüne alınmalıdır:

- Geliştirici ve koruyucu sağlık hizmetleri için programlar, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, bağışıklama, beslenme ve çevre sağlığına yönelik sağlık eğitimi.
- Önlenebilir hastalıkların kontrolü için özel programlar hazırlanması. Tüberküloz, sıtma, kolera, romatizmal kalp hastalıkları gibi bulaşıcı hastalıklar ile, hipertansiyon ve kazalar gibi seçilmiş bazı bulaşıcı olmayan hastalıklar gibi.
- Temel sağlık hizmetlerine dayalı olarak ve birinci basamak düzeyinde ve/veya devlet hastanesinde verilen hizmetler yoluyla hastalara tedavi edici hizmetlerin sunulması.
- Sağlık ocakları, AÇSAP merkezleri ve diğer hizmetler yoluyla, bölge halkının yukarıda belirtilen hizmetlere ulaşılabilirliği.
- Hizmet içi eğitim ve sürekli eğitim programları ile sağlık personelinin geliştirilmesi ve kalitesinin yükseltilmesi.
- Bütün bu faaliyetler için yeterli ulaşım, iletişim ve gereksinimlerin sağlanması.

Hangi sağlık müdahalelerinin veya programlarının öncelik alması gerektiğine karar vermek için tek bir "doğru" yol yoktur, fakat bazı "pratik kurullar" yardımcı olabilir. Öncelikler bölgedeki sağlık durumunun iyileştirilmesine en fazla etkisi olacak faaliyetlere göre geliştirilmelidir. İl/ilçe sağlık yönetim ekibi, bu faaliyetlerin etkili olarak yürütülmesi ve yeterli olabilmesi için programlar geliştirmelidir. Bir **öncelik çizelgesi**, sağlık bilgilerinin öncelikler hakkında karar verilmesi için kullanılmasında çok yararlı olacaktır. Her hastalığa **kendi göreceli önemi** (sıklığı, mortalite ve morbiditesine bağlı olarak), yapılabilecek

müdahalelerin etkinliği ve bu müdahalelerin maliyetine göre basit bir skor verilir. Bu üç kritere göre bulunan toplam skor, her bir müdahalenin öncelikleri için uygun bir rehber olarak kabul edilir. Bu üç kriterin her birine, aşağıda görüldüğü şekilde uygun bir puan verilir;

	Skor		
	+	++	+++
Hastalığın göreceli önemi	Düşük	orta	yüksek
Müdahalenin etkinliği	Etkisiz	orta	çok etkili
Müdahalenin maliyeti	Yüksek	orta	düşük

Sık görülen, ağır seyreden ve yüksek morbidite ve/veya mortalite hızlarına neden olan, etkin ve ucuz müdahaleler yapılabilecek hastalıklara veya altta yatan sağlık sorunlarına öncelik verilmesi gerektiği kabul edilmektedir. Epidemiyolojik bilgi ve deneyim, böyle bir öncelik çizelgesinin yapılması için gereklidir. Skorlamanın yapılması, il/ilçe sağlık yönetim ekibinin üyeleri ve diğer sağlık personeli ile, toplumu temsil edenler, yerel yöneticiler ve diğer devlet sektörleriyle danışılacak ve tartışılacak bir konudur. Hastalıklar için uygun bir çizelge düzenlenmeli, fakat aynı zamanda uygun müdahalenin ve sağlık programlarının nasıl geliştirileceği konusundaki kararlar da alınmalıdır. Aşılama ve temiz su kaynaklarının sağlanması gibi bazı programlar pek çok farklı hastalıktan korunmayı içerir. Her bir programın veya faaliyetler dizisinin önceliğinin ortaya çıkması amacıyla, uygun hastalık skorları birbirleriyle toplanabilir.

Böyle skorlama sistemlerinin başlıca avantajı, bölgeden toplanan bütün epidemiyolojik sağlık bilgilerinin kullanılmasını ve sırasıyla her önemli sağlık sorunu üzerinde tartışmaların yoğunluk kazanmasını sağlamaktır. Bazı bulaşıcı hastalıklar düşük sıklıklara sahip olmasına karşılık ciddi salgılara neden olabilirler ve bu yüzden, bunların uzun dönemli kontrol programlarına yüksek bir öncelik verilmelidir.

Şekil 16. Örneklerle sağlık önceliklerinin belirlenmesi çizelgesi

HASTALIK	Göreceli önemi (sıklık, morbidite ve mortaliteye göre)	Etkinlik	Maliyet	Öncelik skoru
Kızamık	+++	+++	+++	9
İshaller	+++	++	+++	8
Sıtma	+++	++	++	7
Tüberküloz	++	++	++	6
Serebrovasküler hastalıklar	+++	+	+	5
Lösemi	+	+	+	3

VI.4. Yüksek risk grupları

Öncelikleri ortaya çıkarmak için bir diğer yöntem, bölgedeki hangi nüfus gruplarının öncelik alması gerektiğini göz önüne almaktır. Her erkek, kadın ve çocuk hastalanma ve ölme riski altındadır, fakat bazı gruplar daha yüksek risk altındadırlar. Bunlar yüksek risk grupları olarak adlandırılır. Bazı insanlar hem bazı hastalıklara göre yüksek risk altındadırlar, hem de sağlık hizmetlerini daha az kullanıyor olabilirler. Böylece onlar, aynı zamanda, gerekli sağlık hizmetlerini alamadıkları için de yüksek risk altındadırlar. Epidemiyolojik bilgi, kim nerede ve ne zaman sorularının sorulmasıyla bulunabilecek bu yüksek risk gruplarının tanımlanmasında gereklidir. Sağlık planları, yüksek risk gruplarının seçilmesine öncelik verebilir ve böylece bu gruplar için temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi üzerine yoğunlaşabilir.

Yüksek risk grupları şunlardır;

- Toplam nüfusun hemen hemen beşte birini oluşturan 15-44 yaş grubu kadınlar.
- Yine toplam nüfusun yaklaşık beşte birini oluşturan bebekler ve küçük çocuklar. Malnütrisyon ve kızamık, ishaller, zatürre ve sıtma gibi bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümlerin büyük bir bölümü bu grupta ortaya çıkar.
- İşçiler ve inşaat işlerinde çalışanlarla, özellikle makine ve tehlikeli kimyasal maddelerle çalışanlar.
- Kronik hastalıkları olan yaşlılar.
- Tüberküloz gibi infeksiyon hastalıkları ile teması olan kişiler.
- Fakir aileler, düşük gelir gruplarındaki kişiler, geçici tarım işçileri ve yeni

göçmenler gibi belirli kültürel ve sosyoekonomik gruplar.

- İnanışlarından veya geleneklerinden dolayı yüksek risk altında olan bazı etnik gruplar veya alt gruplar.
- Sağlık kuruluşlarından uzakta yaşayan ve gerek duydukları sağlık hizmetlerini alamadıkları için yüksek risk altında olan kişiler.
- Kış aylarında yolları kapanan bölgeler gibi mevsimsel ve iklimsel değişikliklerden etkilenen bölgelerde yaşayan insanlar.

VI.5. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi

Sağlık hizmetlerindeki gelişmeyi ölçmek veya karşılaştırma yapmak için standart bir yol yoktur, fakat **ulaşılabilirlik** ve **kapsama düzeyi** yararlanılabilecek iki önemli kavramdır. Ulaşılabilirlik, bölge nüfusunun makul bir mesafe içinde belirli sağlık kuruluşlarına ulaşabilen kesimi ile ölçülür. Bu ölçüm mesafe (örn. 5 veya 10 km.), zaman (örn. 1 veya 2 saatlik bir yolculuk), maliyet (örn. yolculuk ücretleri veya sağlık hizmetlerinin ücretleri) ve sosyal ve kültürel faktörler (örn. gelir düzeyi veya lisan engelleri) göz önüne alınarak yapılabilir. Tüm bölge için temel sağlık hizmetlerinin planlanmasında en yüksek önceliği makul bir mesafede sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik almalıdır.

Kapsama düzeyi, bir sağlık hizmeti veya kuruluşuna gereksinimi olan kişiler veya hane halkı arasından, bu hizmetten gerçekten yararlanan kişilerin yüzdesi ile ölçülür. Sağlıklı su alan ailelerin yüzdesi veya doğum öncesi bakım alan annelerin yüzdesi örnek olarak verilebilir.

Hızların hesaplanmasında, hem payı hem de paydayı bulmak için epidemiyolojik bilgiler gereklidir. Bölgedeki hanelerin veya gebe kadınların toplam sayısı paydayı, sağlıklı su alan ev sayısı veya sağlık ocağının doğum öncesi bakım muayenesi için ebelerle en az bir kere başvurmuş gebe kadınların sayısı payı verir. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin kullanım hızının hesaplanmasında, tüm gebe kadınlar paydaya, sağlık ocağına en az bir kez başvurmuş gebe kadınlar paya yazılır. Genişletilmiş bağışıklama programı (GBP), genellikle üç doz DBT aşısı (difteri, boğmaca, tetanos) yapılmış küçük çocukların yüzdesinin oluşturduğu kapsama düzeyi ile ölçülür.

Eğer ulaşılabilirlik yüksekse, kapsama düzeyinin de yüksek olacağı açıktır. Örneğin, halkın büyük bir kısmı, bağışıklama için sağlık ocağına veya sağlık evine ulaşabilecek bir uzaklıkta oturmuyorsa, genişletilmiş bağışıklama programının kapsama düzeyi düşük kalacaktır. Bu durumda, bölgede daha tatmin edici bir kapsama düzeyine ulaşmak için, gezici sağlık ekipleri ve kitlesel aşılama kampanyaları kullanılabilir.

VI.6. Ulaşılabilirliğin tahmini

Başlıca önceliklerden biri, insanların büyük bir oranının, 1 ile 2 saatlik yürüme mesafesine eşdeğer olan 5 veya 10 km. den uzak olmayan makul bir mesafede bir sağlık çalışanına, bir sağlık ocağına ulaşabilmesidir. Zayıf iletişim ve ulaşım olanakları nedeniyle, kırsal alanlarda ulaşılabilirliği göstermek için genellikle mesafe kullanılır. Kentsel bölgelerde ve ulaşımın rahat olduğu yerlerde, ulaşılabilirliğin tanımlanmasında zaman, maliyet veya sosyal faktörler sıklıkla çok daha önemlidir.

Coğrafik ulaşılabilirliğin tahmini için kullanılan yararlı bir yöntem, bölge haritasında her sağlık biriminin çevresine 5 veya 10 km. lik daireler çizmek ve daha sonra bu daireler içinde yaşayan nüfusun toplam nüfusa göre oranını hesaplamaktır.

VI.7. Kapsama düzeyinin tahmini

Kapsama düzeyinin tahmini için en önemli nokta, İl/ilçe sağlık yönetim ekibinin bilinen sağlık ölçütlerini kullanmasını ve yorumlamasını öğrenmesidir. En önemli adım, bölgedeki nüfusun, olayların ve başvuruların beklenen sayıları hakkında geçerli bir bilgiye sahip olmak ve sonra bölgede gerçekleşmiş kapsama düzeyini hesaplamaktır.

Rutin kayıtların doğruluğu, bölge düzeyinde pek çok planlama, yönetim ve değerlendirme amaçları için yeterlidir. Bununla birlikte bazen, eğer bazı önemli bilgiler eksikse, bunlar özel saha araştırmaları ile sağlanabilir.

Örnek ; 200 000 kişilik nüfusu olan bir bölgede, nüfusun yaklaşık %4'ü (nüfus sayımına göre) 1 yaşın altındadır, yani toplam olarak yaklaşık 8 000 bebek vardır. Bölge rutin sağlık bilgi sistemi, 1 yıl boyunca 3 doz DBT aşısı olan bir yaşın altındaki çocuk sayısını 2 400 olarak bildirmiştir.

$$3 \text{ doz DBT için kapsama düzeyi} = \frac{2\,400}{8\,000} \times 100 = \% 30$$

Eğer ülke kapsama düzeyi %45 ise, ve uzun dönemde hedef %80'e ulaşmaksa, il/ilçe sağlık yönetim ekibi, ilk olarak sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve ikinci olarak da bölge bağışıklama programının yönetimi konusunda kendine bazı ciddi sorular sormalıdır.

İl/ilçe sağlık yönetim ekibinin en önemli yönetsel amacı **temel hizmetler ve programlarda yüksek bir kapsama düzeyine ulaşmayı** başarmak olmalıdır.

Örneğin, aşağıdaki bazı kapsama düzeyi göstergeleri verilmiştir.

- Sağlık personeli tarafından yaptırılan tüm doğumların yüzdesi.
- 1-4 yaş grubundaki çocukların ağırlıklarının düzenli ölçülme yüzdesi.
- Tüm akciğer tüberkülozu vakalarının tedavi olma yüzdesi.
- Yeterli sağlıklı su alan hane yüzdesi.
- Halen modern bir aile planlaması yöntemi kullanan evli çiftlerin yüzdesi.

İl/ilçe sağlık yönetim ekibi, kapsama düzeyinin tahmini ile şimdiki durumun analizini yapar ve bir önceki yılda konulan hedeflere ne ölçüde ulaşılabilirdiğini ölçer. Bir sonraki adım ise, gelecek yıl için bir hedefin saptanmasıdır. Bununla birlikte, eğer il/ilçe sağlık yönetim ekibi belli bir hizmet için kapsama düzeyinin makul olduğuna karar verirse, amaç gelecek yılın kapsama düzeyinin aynı düzeyde kalması olabilir. Bu durumda yıllık planlarda diğer hizmetlerin geliştirilmesine daha büyük öncelik verilebilir.

VI.8. Bölge sağlık planının geliştirilmesi

Eğer il/ilçe sağlık yönetim ekibi elindeki epidemiyolojik bilgileri kullanmış ve sağlık planlamasında aşağıdaki adımları izlemişse, planlama süreci tamamlanmış demektir;

- Bölgedeki sağlık durumunu da içeren mevcut durumun analizi.
- Gelecek yılın planı ve orta vadeli planlar için önceliklerin geliştirilmesi.
- Hangi yüksek risk gruplarının öncelik alacağına karar verilmesi.
- Öncelikli sağlık programlarının ulaşılabilirlik ve kapsama düzeyini geliştirmek ve planların yapılması.
- Gelişmelerin değerlendirilmesi için kullanılacak göstergelere ve amaçlara karar verilmesi.

Planlama süreci tamamlandıktan sonra, il/ilçe sağlık yönetim ekibi sağlık plan ve programlarının yürütülmesi için gereken bütün **sağlık program stratejilerini** belirlemeye hazırdır.

Sağlık planlama ve programlamasının karmaşık ve dinamik bir süreç olduğunu vurgulamak gerekir. Burada izlenen mantıksal bir sıradır, fakat planlama ve programlama için her zaman mantıksal bir sıralama izlenmeyebilir. İl/ilçe sağlık yönetim ekibinin birkaç önemli sorunu seçmesi ve çok geniş kapsamlı bir çalışmaya kalkışmaması önerilir. Eğer bütün sorunlar bir arada alınırsa yerine getirilmesi olanaksız bir görev oluşturacaktır ve il/ilçe sağlık plan ve programının uygulama aşamasına bile giremeyecektir.

Bu nedenle en iyi yaklaşım, bir defada yalnızca bir veya iki önceliğin ele alınmasıdır. Bir faaliyet planının stratejilerinin geliştirilmesinde yararlı bir sıralama aşağıda verilmiştir. Ancak, il/ilçe sağlık yönetim ekibinin faaliyet planını daha fazla geliştirmek için ülke sağlık plan ve programlarına başvurması gerekecektir.

- Strateji belirlenmesi. Amaçların başarılabilmesi için pek çok yol olabilir. Örneğin, anne ölümlerinin azaltılması için sağlık merkezlerinde sağlık personeli tarafından yaptırılan doğumların oranının artırılmasını, doğum öncesi bakım hızlarının artırılmasını ve yüksek riskli gebeliklerin saptanmasını içerebilir. Plan ve programlama ilerledikçe, pratikteki güçlükler daha açık hale gelir ve il/ilçe sağlık yönetim ekibi başlangıçtaki stratejinin tekrar gözden geçirilmesi gerektiğini fark edebilir.
- Önerilen strateji için yapılacak danışmalar. Eğer temel sağlık hizmetlerinin başarılı olması isteniyorsa, toplum temsilcileri ve örgütleri, resmi olmayan sağlık örgütleri, diğer sektörler ve yerel yönetimin düşünceleri alınmalı ve işbirliği sağlanmalıdır. Yerel politik partiler ve politikacıardan güçlü bir destek sağlanabilir.
- Gerekli tüm faaliyetlerin saptanması. Tüm faaliyetler ve görevleri sıralanmalıdır. Aynı zamanda toplum katılımı, sektörler arası ve sağlık hizmetleri sağlayan tüm diğer kuruluşlarla işbirliği de gözönüne alınmalıdır.
- Bir zaman tablosu hazırlanması. Tüm faaliyetler için gereken zaman tahmin edilmeli, sonra başlama ve bitiş tarihleri belirlenmelidir. Bu zamanlama gerçekçi olmalıdır ve eğer mümkünse, yıllık plan içinde yer almalıdır.
- Personelin sorumluluklarının verilmesi. İl/ilçe yönetim ekibi değişik faaliyetlerin yerine getirilmesiyle sorumlu olacak kişi ve örgütleri belirlemelidir.
- Gelişmelerin izlenmesi ve değerlendirilmesi. Sadece plan yapmak yeterli değildir. Aynı zamanda, planın işleyip işlemediğini ortaya çıkarmak da gereklidir. Rutin sistem gerekli sağlık bilgisini verebiliyor mu? Epidemiyolojik sürveyans veya özel bir saha araştırması gerekli mi?
- Sağlık plan ve programın açıklanması ve sunulması. Plan ve programla ilgili herkesin, bütün faaliyetler ve zaman çizelgesi de dahil olmak üzere, sağlık planını anlaması ve sorumlu personelin adlarını bilmesi çok önemlidir. Haritalar, çizelgeler ve grafikler plan ve programın açıklanmasında çok yararlı olabilir. Toplantılarda bu programın sunulması için fırsatlar yaratılmalıdır. Aynı zamanda yerel yönetim de iyi bilgilendirilmelidir.

İl/ilçe sağlık profili, gelişmelerin gösterilmesinde en önemli araçtır.

VI.9. Gelişmenin değerlendirilmesi

Temel sağlık hizmetleri için bölge sağlık planının yürütülmesi iki ana yolla değerlendirilir. İlki, gerçekleştirilen program faaliyetleri ile il/ilçe sağlık yönetim ekibinin sağlık plan ve programında önerdiklerinin karşılaştırılması ile değerlendirme yapmaktır. İkincisi ise, sağlık durumu göstergelerinin iyileşip iyileşmediğini veya hastalık ya da altta yatan sağlık sorunlarının sıklıklarının azalıp azalmadığını görmektir. İyi planlanmış faaliyetlerin, bütün sağlık durumu göstergelerinde iyileşmelere yol açması veya pek çok hastalık ya da altta yatan sağlık sorunlarının sıklıklarını düşürmesi için yıllarca yürütülmesi gerekir. İl/ilçe sağlık profilindeki göstergeler, gelişmenin gösterilmesinde yardımcı olur.

İl/ilçe sağlık yönetim ekibi sağlık program faaliyetlerinin yürütülmesindeki gelişmeleri değerlendirme yeteneğinde olmalıdır. Fakat, genellikle sağlık durumundaki değişiklikleri saptamak çok daha zor bir sorundur. Değerlendirmede epidemiyolojisinde sağlık bilgisinin kullanılması gerekmekte ve il/ilçe sağlık yönetim ekibinin bunu, kendi bilgisi ve deneyimleri ile birleştirmesi de önemlidir. Bu bilgi ve deneyimin kaynaşması, il/ilçe sağlık yönetim ekibinin, bölgedeki temel sağlık hizmetlerinin iyi yürütülebilmesi için kararlar vermesini ve sonuçlar çıkarmasını sağlar.

İl/ilçe sağlık yönetiminin değerlendirme için izlemesi gereken temel adımlar şunlardır:

- Sağlık faaliyetleri için gerekli göstergelerin seçimi.
- Amaçların göstergelerle ifade edilebilecek şekilde saptanması.
- Gerekli epidemiyolojik sağlık bilgisinin toplanması.
- Ulaşılan sonuçların hedeflerle karşılaştırılması.
- Hedeflere ne kadar ulaşıldığı konusunda karar verilmesi.
- İl/ilçe sağlık planının, programının ve stratejilerin gözden geçirilmesi ve gelecek yıl için yeni bir yıllık plan ve program yapılması.

On iki ay boyunca bir dizi faaliyetin gerçekleştirildiği durumlarda, yığılımlı grafiklerin kullanılması gelişmenin izlenmesi için yararlı bir tekniktir. Hedeflenen değerlerin işaretlenmesi ve aylık toplamlara göre yığılımlı grafiğin hazırlanması her ay sağlanan gelişmeyi gösterir.

Örnek ; 200 000 kişilik bir bölgenin %4'ü bir yaşın altındadır, yani bölgede toplam 8 000 bebek vardır. İl/ilçe sağlık yönetim ekibi üç doz DBT aşılması ile, bir yıl önce %30 olan GBP kapsama düzeyini, ülke kapsama düzeyi olan %45'e

çıkarmak istemektedir. Böylece, yıl sonundaki tam bağışık bebeklerin toplam sayısı aşağıdaki gibi olacaktır:

$$\text{Her yıl aşılacak bebek sayısı} = 8\ 000 \times \frac{45}{100} = 3\ 600$$

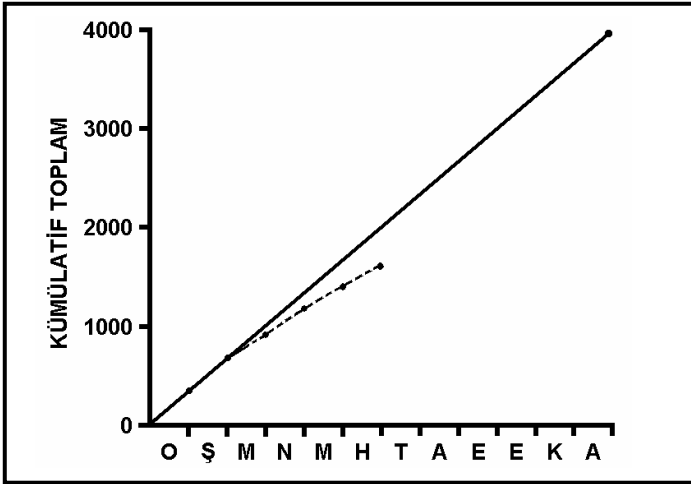
$$\text{Her ay aşılacak bebek sayısı} = 3\ 600 \times \frac{1}{12} = 300$$

DBT ile üç doz aşılansarak tam aşıli olan bebeklerin gerçek sayıları ise, Ocak'ta 310, Şubat'ta 300, Mart'ta 280, Nisan'da 240, Mayıs'ta 200 ve Haziran'da 170'tir. Böylece, yığılımlı toplam aşağıda görüldüğü gibidir:

	Aylık Toplam	Yığılımlı toplam
Ocak	310	310
Şubat	300	610
Mart	280	890
Nisan	240	1 130
Mayıs	200	1 330
Haziran	170	1 500

Ocaktan Hazirana kadar ortalama her ay 250 bebek aşılanmıştır. Aşılama çalışmaları iyi başlamış, fakat daha sonra ayda 300 bebek amacına ulaşamamıştır. Bu, il/ilçe sağlık yönetim ekibinin, programın niçin iyi yürümediğini bulmak için program faaliyetlerini gözden geçirmesi gerektiğini akla getirmektedir. Alternatifler, daha fazla çaba sarfederek yılın kalan aylarında ayda aşılanan toplam bebek sayısının 350'ye çıkarılmasına çalışmak veya yıllık hedefin çok fazla olduğuna karar vererek, ayda gerçekçi olarak ancak 250 çocuğun aşılanabileceğini kabul etmektir. Bu da, yılda toplam 3 000 bebeğin aşılanması veya tahmin edilen kapsama düzeyinin yaklaşık %38 olması demektir. Bu geçmiş yıl göre ilerleme olabilir, fakat halen ülke ortalamasının altındadır.

Şekil 17. Bir yıl boyunca ayda ortalama 300 bebeğin aşılama amacı ile, bir ay içinde tam aşılama amaçlı bebeklerin sayısının karşılaştırılmasını gösteren yığılımlı grafik



VI.10. Bölge sağlık profilinin özeti

İl/ilçe sağlık yönetim ekibi sağlık profilinde öncelikle il/ilçeye ait genel bilgiler (il/ilçenin tarihi, fiziki ve iklim özellikleri, köy ve kasabaların coğrafi dağılımı, ana yollar ile nehir ve dağlar gibi önemli özellikleri, toplumun yapısı, ekonomik gelişmesi, kişilerin meslekleri gibi tanımlayıcı bilgiler) verilmelidir.

Sağlık planlamasında kullanılacak il/ilçe sağlık profili için, bilgilerin derlenmesinde kullanılan göstergelerin bir listesi verilmektedir. Bu göstergeler aşağıdaki gibi düzenlenmişlerdir.

Bölge Nüfusu

Toplam
Yaş gruplarına göre
Doğumlar
Doğurganlık

Sağlık Durumu

Beslenme
Morbidite
Mortalite

Sağlık Kaynakları

Kuruluşlar
Personel
Finansman
Klinik hizmetler

Sağlık Programları

Gebelik ve doğum
Çocuk bakımı
Çevre sağlığı

Bu sağlık profili yerel koşullara gore uyarlanabilir. Bu liste yalnızca bazı gostergeleri içermektedir ve başka gostergelerin de eklenemeyeceği anlamına gelmez. Aynı zamanda, bu listenin olası butun sağlık programlarını içermediğini ve yalnızca dort tanesinin ornek olarak verildiğini belirtmek gerekir.

Bölge Sağlık Durumu ve Sağlık Planlama Profili

1.	2.	3.	4.	5.
Yıl	Yıl	Yıl	Yıl	Yıl

1. BÖLGE NÜFUSU**A. Toplam Tahmin****B. Yaş gruplarına göre nüfus**

0-11 ay
 1-4 yaş
 15-44 yaş
 45+ yaş

C. Tahmin edilen toplam doğumlar

Kaba doğum hızı
 Genel doğurganlık hızı

D. Nüfus artış hızı**2. SAĞLIK DURUMU****A. Beslenme durumu**

Bebekler
 Düşük doğum ağırlıklı bebek yüzdesi

Bebekler (0-11 ay)
 Yaşa göre ağırlık
 3 ve 50 persentil arasındaki çocuk sayısı
 %
 3 persentilden az olan çocuk sayısı
 %
 Gelişme göstermeyen çocuk sayısı
 (%50'den az)
 %

Çocuklar (1-6 yaş)
 Yaşa göre ağırlık
 3 ve 50 persentil arasındaki çocuk sayısı
 %
 3 persentilden az olan çocuk sayısı
 %
 Gelişme göstermeyen çocuk sayısı
 (%50'den az)
 %

Çocuklar (7-12 yaş)
Yaşa göre ağırlık
3 ve 50 persentil arasındaki çocuk sayısı
%
3 persentilden az olan çocuk sayısı
%

Adölesan
Yaşa göre ağırlık
3 ve 50 persentil arasındaki çocuk sayısı
%
3 persentilden az olan çocuk sayısı
%

15-49 yaş kadınlar
Zayıf
Normal
Şişman

B. Morbidite

Seçilen özel hastalıklarda
Yeni tanı konan vaka sayısı
İshal
Sarılık
Sıtma
Kızamık
Neonatal tetanos
Tifo
Boğmaca
Poliomyelitis

Uzun süre tedavi gerektiren hastalıklar*
Tüberküloz
Tahmin edilen yeni vaka sayısı
Tanı konan yeni vaka sayısı
Tedavisi tamamlanan vaka sayısı
Akıbeti meçhul vaka sayısı
Halen tedavi altında olan vaka sayısı

Salgın yapan hastalıklar
Meningokoksik menenjit
Kolera

* Her il sağlık profilinde önemli ilk on hastalık için bu bilgileri bulundurması uygundur.

C. Mortalite

Toplam ölümler

Bölge için tahmin edilen toplam ölüm sayısı
Tahmin edilen kaba ölüm hızı

Kaydedilen ölüm sayısı
Kaydedilenlerin tahmini yüzdesi
Belgelendirilen ölüm sayısı
Belgelendirilen ölümlerin tahmini yüzdesi

Kaydedilen bebek (0-7 gün) ölüm sayısı
Kaydedilen bebeklerin (0-7 gün) tahmini yüzdesi
Belgelendirilen bebek (0-7 gün) ölüm sayısı
Belgelendirilen bebek (0-7 gün) ölümlerin tahmini yüzdesi

Kaydedilen bebek (8-28 gün) ölüm sayısı
Kaydedilen bebeklerin (8-28 gün) tahmini yüzdesi
Belgelendirilen bebek (8-28 gün) ölüm sayısı
Belgelendirilen bebek ölümlerin (8-28 gün) tahmini yüzdesi

Kaydedilen bebek (29-365 gün) ölüm sayısı
Kaydedilen bebeklerin (29-365 gün) tahmini yüzdesi
Belgelendirilen bebek (29-365 gün) ölüm sayısı
Belgelendirilen bebek ölümlerin (29-365 gün) tahmini yüzdesi

Beklenen yaşa özel ölüm hızları

1-4 yaş
5-14 yaş
15-44 yaş
45+ yaş

Anne ölümleri (gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerinde)

Kaydedilen ölüm sayısı
Beklenen ölüm sayısı

Hastalığa özel ölüm hızları

İshal
Sıtma
Malnütrisyon
Kızamık
Zatürre
0-4 yaş
5+ yaş
Tüberküloz

3. SAĞLIK KAYNAKLARI

A. Kuruluşlar

Sağlık ocakları, sağlık birimleri, vb.
Halen mevcut olan sayısı
Bölge için gerekli sayı
Gerekli olanlara göre yüzdesi
Nüfus/sağlık ocağı oranı
Ulaşabilen nüfusun yüzdesi
Hastaneler
Bölgedeki toplam hastane yatağı sayısı
Nüfus/yatak oranı

B. Personel

Temel sağlık hizmetleri
Halen çalışan hekim sayısı
Hekim gereksinimi
%

Halen çalışan hemşire/ebe sayısı
Hemşire/ebe gereksinimi
%

Halen çalışan Sağlık memuru/çevre sağlığı teknisyeni sayısı
Sağlık memuru/çevre sağlığı teknisyeni gereksinimi
%

Nüfus/hekim oranı*
Nüfus/hemşire oranı*
Nüfus/sağlık memuru oranı*

Hastane hizmetleri

Halen çalışan hekim sayısı
Hekim gereksinimi
%

Halen çalışan hemşire sayısı
Gerekli hemşire sayısı
%

Halen çalışanların sayısı
Gerekli laborant ve teknik personel sayısı
%

* Sağlık personelinin aktif olarak çalıştığı aylar toplanarak bu oran bulunmalıdır.

2. doz

3. doz

Kızamık aşısı olanların sayısı

%

BCG aşısı olanların sayısı

%

Beslenmenin değerlendirilmesi

Bir yıl boyunca en az bir kez tartılan bebeklerin sayısı

En az bir kez tartılanların yüzdesi

Bebek başına düşen ortalama izlem sayısı

Çocuklar (1-6 yaş)

1-6 yaş grubundaki çocuk sayısı

Yıl içinde yeni tespit edilen 1-6 yaş çocuk sayısı

Bağışıklama

DBT aşısı olanların sayısı

%

Polio aşısı olanların sayısı

%

Beslenmenin değerlendirilmesi

Bir yıl boyunca en az bir kez tartılan çocukların sayısı

En az bir kez tartılanların yüzdesi

Çocuk başına düzen ortalama izlem sayısı

Çocuklar (7-12 yaş)

7 yaşındaki çocuk sayısı

Bağışıklama (7 yaş)

DT aşısı olanların sayısı

%

Polio aşısı olanların sayısı

%

BCG aşısı olanların sayısı

%

Beslenmenin değerlendirilmesi

Bir yıl boyunca en az bir kez tartılan çocukların sayısı

En az bir kez tartılanların yüzdesi

Çocuk başına hastalık nedeniyle okula gelinmeyen gün sayısı

12 yaşındaki çocuk sayısı

Bağışıklama (12 yaş)

T aşısı olanların sayısı

%
BCG aşısı olanların sayısı
%

Beslenmenin değerlendirilmesi

Bir yıl boyunca en az bir kez tartılan çocukların sayısı
En az bir kez tartılanların yüzdesi

Çocuk başına hastalık nedeniyle okula gelinmeyen gün sayısı

C. Çevre Sağlığı

Temiz su sağlanması
Toplumun veya hanelerin toplam sayısı
Yeterli temiz su sağlayan hane sayısı
Yeterli temiz su sağlayan hane yüzdesi
Yapılan su kontrolü sayısı
Yapılması gereken kontrol sayısı
%
Kontrol sonucu sağlıklı çıkan su sayısı
Kontrol sonucu sağlıklı çıkan su %

Helası evin içinde olan hane sayısı
%
Helasında akar su olan hane sayısı
%

Sağlıklı helası olan hane sayısı
%
Sağlıklı çöp toplama sistemi olan hane sayısı
%

Isınma araçları

Kalorifer
Elektrik sobası
Doğal gaz sobası
Katıyakıt sobası
Diğer

Isınmada kullanılan yakıt türü

Tezek
Odun
Kömür
Doğalgaz
Sıvı yakıt

D. Klinik hizmetler

Polikliniğe olan başvurular

Sağlık evi bölgesindeki nüfus
Sağlık evine başvuru sayısı/yıl
Köyden sevk edilenlerin sayısı
Köyden sevk edilenlerin başvuru yüzdesi

Sağlık ocağı bölgesindeki nüfus
Sağlık ocağı bölgesinden polikliniğe başvuru sayısı
Köylerden polikliniğe başvuru sayısı
Sağlık ocağına başvuru sayısı/yıl
Sağlık ocağından sevk edilenlerin sayısı
Yılda kişi başına poliklinik sayısı

Hastaneye yatışlar
(Doğum dışında) hastaneye yatan hasta sayısı
Hastanede yatılan gün sayısı
Önlenebilir nedenler için hastaneye yatan
Hasta sayısı

Hastaneye yatanların sayısı

Bebekler

1-4 yaş

5-14 yaş

15-44 yaş

45+ yaş

Hastanede ölenlerin sayısı

Bebekler

1-4 yaş

5-14 yaş

15-44 yaş

45+ yaş

Gebelik ve doğum nedeniyle başvuru sayısı
Risk faktörleri nedeniyle sevk edilenlerin sayısı
Beklenmeyen komplikasyonların sayısı
Hastanedeki anne ölümlerinin sayısı

SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLUM KATILIMI

Birinci Basamak Sağlık Personeli İçin

**Uz. Psk. Çetin BOZKAYA
Dr. Nurperi TEKER**

8. Basım

ANKARA – 2001

1. Basım : 500 Adet, Ankara - Nisan, 1995
2. Basım : 3000 Adet, Ankara - Haziran, 1995
3. Basım : 2000 Adet, Ankara - Ekim, 1995
4. Basım : 2500 Adet, Ankara - Şubat, 1996
5. Basım : 4000 Adet, Ankara - Temmuz, 1996
6. Basım : 6220 Adet, Ankara - Aralık, 1996
7. Basım : 2500 Adet, Ankara - Ocak, 1999
8. Basım : 4000 Adet, Ankara - Nisan, 2001

ISBN : 975 - 7572 – 78 - 0

Bu eğitim materyali, birinci basamak sağlık personelinin uyum eğitimlerinde kullanılmak üzere T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından bastırılmıştır. Her hakkı saklıdır. Kaynak gösterilerek kullanılabilir. Bu kitabın bir kısmının ya da tamamının çoğaltılması için Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nden izin istenebilir.

Basıldığı Yer :Barok Matbaacılık **Tel :** 417 80 76 **Faks :** 425 18 10 ANKARA

Bir yıl sonrasını düşüyorsan tohum ek,
Ağaç dik, on yıl sonrası ise tasarladığın,
Ama, yüz yıl sonrası ise düşündüğün, halkı eğit.

Bir kez ürün verir ekersen tohumu,
Bir kez ağaç dikersen on kez ürün verir,
Yüz kez olur bu ürün eğitirsen halkı,

Balık verirsen bir kez doyurursun halkı,
Öğretirsen balık tutmasını hep doyar karnı.

Kuan - TZU
(Çin Ozanı)

İÇİNDEKİLER

Sayfa

Giriş	1
Bölüm 1	
Sağlık Hizmetlerinde Toplum Katılımı	3
Bölüm 2	
Toplum Katılımını Sağlama Yöntemleri	7
1. Toplumu Tanıma	7
2. Sağlık Eğitimi	10
3. Liderliği Belirleme ve Geliştirme	12
4. Sağlık Kurullarının Kullanılması	13
5. Sektörlerarası İşbirliği	15
6. Kitle İletişim Araçlarının Kullanımı	23
Bölüm 3	
Toplum Katılımının Engelleri	27
1. Sosyal Kültürel Etkenlerden Kaynaklanan Güçlükler	27
2. Ekonomik Etkenler Nedeniyle Ortaya Çıkan Güçlükler	30
3. Politik ve Yönetmelik Etkenlerden Kaynaklanan Güçlükler	30
Bölüm 4	
Toplum Katılımını Sağlamada Önem Verilmesi Gereken Noktalar	33
Ekler	
EK 1: Toplum Katılımı Çalışmaları Örnekleri	35
EK 2: Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin Sağlık Kurulları Yönetmeliği	43
Kaynaklar	51

GİRİŞ

Toplum katılımı, kısaca sağlık hizmeti alanların, hizmetlerin planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarına katılmaları olarak tanımlanabilir. Toplum katılımı, Sağlık Bakanlığı'nca yürütülen Genişletilmiş Bağımsızlık Programı veya İşhali Hastalıkların Kontrolü gibi ayrı bir sağlık programı değildir. Temel sağlık hizmetlerinde yer alan tüm programların ve faaliyetlerin başarısını garantileyecek, hizmetlerin ayrılmaz bir parçasıdır.

Dünya Sağlık Örgütüne üye ülkeler, “2000 Yılına Kadar Herkes İçin Sağlık” ilkesini genel amacı olarak kabul ettiğinden bu yana sağlık hizmetlerinde toplum katılımını, bu amaca ulaşmanın ve toplumun sağlık hizmetlerine hızla ulaşılabilirliğini arttırmanın temeli olarak kabul etmiştir.

Toplum katılımı, oldukça yeni bir kavramdır. Sağlık hizmetleri içindeki yeri ve önemi yeterince bilinmemektedir. Toplum katılımı kavramının sağlık personeli tarafından bilinmesi ve özümsemesi ile sunulan sağlık hizmetlerinin etkililiği aynı zamanda sağlık personelinin toplum içindeki saygınlığı artacaktır.

Sağlık hizmetlerinde toplum katılımının ön koşulu, sunulan hizmetlerin kullanımınıdır. Bununla birlikte toplum katılımı, aynı zamanda ulaşılabilirliği arttıran bir stratejidir.

Toplum katılımı aşağıdaki gibi iki düzeyde gerçekleştirilebilmektedir:

1. Katkı Yoluyla Katılım
2. Planlama ve Yönetim Faaliyetlerine Katılım.

Bu kitapçıkta sırasıyla;

1. Toplum katılımının tanımı,
2. Toplum katılımını sağlama yöntemleri,
3. Toplum katılımının engelleri ve
4. Toplum katılımı sağlamada dikkat edilmesi gereken noktalardan söz edilecektir.

Bu eğitim materyali sonunda aşağıdaki hedeflere ulaşılması beklenmektedir.

Hedef 1: Toplum katılımı kavram bilgisi vermek.

Hedef davranışlar:

- a. Toplum katılımını doğru olarak tanımlama,
- b. Toplum katılımının sağlık hizmetleri içindeki yerini ve önemini söyleme

Hedef 2: Toplumun sağlık hizmetlerine katılımını sağlama yöntemlerini kavramak

Hedef davranışlar:

- a. Toplumun sağlık hizmetlerine katılımını sağlama yöntemlerini sıralama,
- b. Sağlık kurumlarının kullanılması yöntemini diğer yöntemlerden ayırt etme,
- c. Hiçbir yöntemin kendine özgü özelliklerini bilme,

Hedef 3: Toplum katılımını değerlendirmek

Hedef davranışlar

- a. Toplum katılımı engellerini ortadan kaldırmada kararlı olma,
 - b. Toplum katılımının sağlık hizmetleri içerisindeki yeri ve önemi konusunda doğru yargıya varma,
 - c. Sağlık hizmetlerini planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarında eleştirme.
-

Bölüm 1

Sağlık Hizmetlerinde Toplum Katılımı

Önceleri sağlık, hastalığın olmayışı şeklinde tanımlanıyordu. Bu tanım doğrultusunda, hekimin aktif olarak rol oynadığı, hastanın ise hizmete sadece hekimin tavsiyelerine uymak şeklinde pasif olarak katıldığı bir sağlık hizmet sunumu modeli gelişmiştir. Bu hizmet biçiminde faaliyetlerin odak noktasını kişiden çok, hastalıklar oluşturmaktadır. Bu model, özellikle tedavi edici hekimlikte sık görülen bir modeldir. Bu doğrultuda kentsel alanda uzmanların hizmet verdiği merkezler oluşmuştur. Bu merkezlerin bazıları her ne kadar uluslar arası standartlara erişse de, buralara ulaşamayan kişiler tamamen bu hizmetlerden uzak kalmışlardır. Bu da sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve kullanımında bir eşitsizlik yaratmıştır.

Gelişmiş ülkelerde, kanser, solunum yolları ve kardiyovasküler sistem hastalıkları ve kazalara bağlı ölümlerde büyük bir artış gözlenmektedir. Ayrıca yaşam tarzının yol açtığı hastalıklar, yaşlılık ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklardaki artışlar, yoksulluk, işsizlik ve çevre kirliliğinin sağlığa olan etkileri dikkati çekmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise, kötü yaşam koşulları ve yetersiz beslenme nedeniyle ortaya çıkan hastalıklar ve erken ölümlere rastlanmaktadır. Tüm bunlar, sağlığın içinde bulunan sosyal, kültürel, ekonomik ve çevre koşullarıyla birlikte ele alınmasını gerektirmektedir. Ülkelerde, toplumun sosyal, kültürel, ekonomik ve çevre koşullarına yönelik planlama ve uygulamalar değişik bir çok sektör tarafından yürütülmektedir. Sonuçta bu durum, sağlığın korunması ve geliştirilmesi faaliyetlerinde birçok sektörün birlikte yer alması gerektiğini göstermektedir.

İnsan sağlığının, sağlık kesimine ayrılan kaynaklara, yeni ilaç ve tekniklerin gelişmesine karşın, olabileceğinin çok altında bir düzeyde olması ve sağlık alanındaki eşitsizlikler, yeni bir yaklaşım gereksinimi doğurmuştur. Sağlık hizmetlerindeki eşitsizliğin ve dengesizliğin gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin hepsinde görülmesi bu durumu tüm ülkelerin ortak sorunu haline getirmiştir. [Bu nedenle 1978 yılında Alma-Ata'da Temel Sağlık Hizmetleri konulu bir konferans düzenlenmiştir. Bu konferansta, dünyadaki tüm insanların sağlıklarını korumak ve daha iyi duruma getirmek için hükümetlerin, tüm sağlık ve kalkınmada görevli kişi ve kurumların ve dünya toplumlarının en kısa zamanda gerekli müdahaleleri yapması gerektiği vurgulanmıştır.]

Söz konusu konferansta, yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmamasından çok, bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halinin topluca oluşturduğu sağlığın, temel insan haklarından biri olduğu ve bunun da mümkün olan en yüksek düzeyde tutulmasının dünya çapında önemli bir sosyal amaç olduğu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de sağlık sektörüne ek olarak diğer bir çok sosyal ve ekonomik sektörlerin de çabalarının gerektiği gerçeği vurgulanmıştır.

Amacı tüm ülkelerde temel sağlık hizmetleri düşüncesini geliştirmek olan konferansta, **temel sağlık hizmetleri, toplumdaki birey ve ailelere sunulmuş, bilimsel gerçeklere uygun, uygulanması kolay, yeterli yöntem ve teknoloji üzerine kurulmuş sağlık hizmetleri yaklaşımı şeklinde tanımlanmaktadır.** Temel sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin ve ülkenin sosyal ve ekonomik kalkınmasının ayrılmaz bir parçasını oluşturur. Bu yaklaşımla düzenlenen sağlık hizmetlerini, insanların yaşadıkları, çalıştıkları yerlerin olabildiği kadar yanına getirmek ve devamını sağlamak çalışmaların ilk adımını oluşturmalıdır. Temel sağlık hizmetleri yaklaşımı doğrultusunda sağlık kuruluşları, bireylerin, ailelerin ve toplumun sağlık sistemi ile ilişki kuracakları kademe olmalıdır.

“Tüm insanların hem bireysel hem de toplum olarak kendi sağlık hizmetlerini planlamaları ve yürütülmesi işlerine katılmaları hakları ve görevleridir.” düşüncesinden hareketle, temel sağlık hizmetleri içinde toplum katılımı; kavramı tanımlanmıştır. **Bu tanımlamaya göre toplum katılımı, bireyler ve ailelerin, kendileri ve toplumun sağlık ve refahı için sorumluluk üstlenmeleri ve katkıda bulunmalarıdır.** Buna paralel olarak toplum, sağlık durumunun saptanması, sorunların tanımlanması ve önceliklerin belirlenmesi süreçlerine de katılmalıdır. Böylece kişiler ve toplum, gelişmeleri için yapılan yardımların pasif bir yararlanıcısı olmak yerine, kendi gelişmeleri üzerinde aktif olarak söz sahibi olabilirler. Kişiler ve toplum, kendilerine uygun olmayan alışılmış çözümleri kabul etmeye zorunlu değillerdirler, kendilerine daha uygun çözüm yolları yaratabilirler.

Bu kavrama göre toplumlar, kendi yaşamlarını etkileyecek kararları alma ve uygulama gücüne sahip olmalıdırlar. Bu güç, onların adına karar veren dış kurum ve kuruluşlardan gelmemelidir. Devlet ise bireylerin ailelerin ve toplumun kendi sağlıklarının sorumluluğunu üstlenebilmeleri için doğru bilgilendirme, okur-yazarlığın artırılması ve gerekli kurumsal değişikliklerin yapılmasını destekleyerek, tam bir toplum katılımı sağlamalıdır.

Sağlık çalışanları ve halkın toplum katılımının önemini kabul etmelerine rağmen, bunun nasıl uygulanacağı konusunda farklı düşünceler vardır. Genel olarak, sağlık çalışanları, özellikle hekimler; kişilerin ancak hekimin önerilerini izleyerek katılabileceği bir model isterler. Politika saptayıcılar ise, toplum katılımı

konusunda yapılması gereken resmi ve resmi olmayan düzenlemelerin nasıl bir denge içinde olacağı konusunda kararsızdırlar. Ayrıca çok sayıda insanı hareketlendirecek ve onları sağlık hizmetlerine katabilecek yolların neler olabileceği de tartışmalıdır. Eğer büyük kitleleri etkileme, yönlendirme ve hizmetlerin sunumunu etkileme olanağı yaratılamayacaksa, katılımın bir yararı olmayacaktır.

Bu tartışmalar sonucunda katılımın 2 düzeyi olduğu ortaya çıkmaktadır.

1. Katkı Yoluyla Katılım: Katkı yoluyla katılım genellikle önceden belirlenen program veya projelere gönüllü veya diğer katkılar olarak tanımlanabilir. Katkı, başarıyı sağlayan katılım olarak anlaşılmaktadır. Bu katkılar faaliyetlerin yürütülmesine yardım etmek için işgücü, para ve malzeme şeklinde olabilir.

2. Planlama ve Yönetim Faaliyetlerine Katılım: Bu, gerçek toplum katılımıdır. Gerçek toplum katılımının önkoşulu, yöneticiler ve sağlık çalışanlarının karar verme yetkilerini katılımcılara yeterince devretmesidir. Fakat buradaki sorun yeterince yetki devretmenin içinde bulunulan ortam ve geleneklere göre dengesinin kurulmasıdır. Toplum temel sağlık hizmetlerine her aşamada katılmalıdır. Fakat ilk olarak içinde bulunan durumun değerlendirilmesi, sorunların tanımlanması ve önceliklerin belirlenmesi aşamasında katılabilir.

Daha sonra temel sağlık hizmetleri faaliyetlerinin planlamasına yardımcı olup, bu faaliyetlerin yürütülmesinde tam bir işbirliği sağlanmalıdır. Ek olarak yukarıda sayılan işgücü ve diğer kaynaklarla temel sağlık hizmetlerine katkıda bulunulabilir.

Toplum katılımının bir çok tipi tanımlanmıştır. Bunlar, tüm insiyatifin toplumun elinde olduğu durumdan, dışarıdan bir kurum ve kuruluşun esas rol oynadığı, topluma sadece danışıldığı duruma kadar değişmektedir. Sağlık hizmetlerinde toplum katılımının, genellikle toplumun dışında yer alan bir kurum veya kuruluş tarafından planlama ve başlatılma eğilimi vardır. Bu durumda toplum katılımı, topluma danışma şeklinde başlamaktadır.

Topluma danışma aşamasında toplumun hissettiği gereksinimleri ve beklentileri belirlenmelidir. Bu belirlenen gereksinimler ve beklentiler, toplumun sağlık açısından gerçek gereksinimi ile uyumlu hale getirilmelidir. Toplumla yapılan görüşmelerde sadece onların hissettikleri gereksinimleri ve beklentilerinin belirlenmesi yanında, bu gereksinimlerin giderilmesinde onların da kabul edebilecekleri ve destekleyebilecekleri yöntemin seçimine çalışılmalıdır.

Bölüm 2

Toplum Katılımını Sağlama Yöntemleri

Toplumun sağlık hizmetlerine katılımını sağlama yöntemleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

1. Toplumu tanıma
2. Sağlık eğitimi
3. Liderliği belirleme ve geliştirme
4. Sağlık kurallarının kullanılması
5. Sektörler arası işbirliği
6. Kitle iletişim araçlarının kullanımı

1. Toplumu Tanıma

Toplumu tanıma, toplumun sağlık durumunu, sorunlarını, kaynaklarını ve sağlıkla ilgili davranış biçimlerini saptama, bir bütün halinde değerlendirilerek sonuca varma olarak tanımlanabilir. Toplum tanısı, toplum düzeyinde planlama, hizmet verme, değerlendirme ve iletişim için bir temel oluşturmaktadır.

Toplumu tanıma bir çok yerde kullanılabilir:

1. Toplumun sağlık düzeyinin belirlenmesi
2. Toplumun sağlık düzeyi üzerinde etkili olan faktörlerin belirlenmesi
3. Sağlıkla ilgili sorun ve gereksinimlerin belirlenmesi
4. Sağlıkla ilgili önceliklerin belirlenmesi
5. Sağlık sorunları ve gereksinimlere uygun çözümlerin belirlenmesi
6. Hizmet önceliklerin saptanması
7. Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi

Toplumu tanıma, sağlık personelinin bireyleri ele almasından çok farklı değildir. Sağlık personeli, kendisine başvuran kişinin şikayetleri ve muayene bulguları yanında, o kişinin içinde yaşadığı ortam, sağlıkla ilgili geçmişi, sağlıkla ilgili davranışları hakkında bilgi edinmek ister. Kişiyi tanı koyduktan sonra da vereceği tedavi ve önerilere uyabilme derecesine ve elinde varolan kaynaklara göre belirler. Temel sağlık hizmetleri sunan sağlık personeli için de durum aynıdır. Bu durumda, sağlık personelinin karşısında yalnız birey değil toplum da vardır. Toplumun,

sağlıkla ilgili sorun ve gereksinimlerinin saptanması, sağlık gereksinimlerinin belirlenmesi, bunlara yönelik planların yapılması, hangi yollarla uygulamaya geçileceğinin saptanması ve yapılan uygulamaların değerlendirilebilmesi için hizmet verilen topluma ilgili bilgilere sahip olması gereklidir. Toplumunu tanıma, bir seferlik değil, sürekli olması gereken bir çalışmadır. Bu çalışma her gün devam etmesine rağmen, bir plan çerçevesinde yürütülmelidir. Bu amaçla bir toplumu tanıyabilmek için bilinmesi gerekenler vardır:

Toplumun nüfus özellikleri

- Nüfus büyüklüğü
- Nüfusun yaş, cins, ekonomik durum, eğitim, meslek, din, etnik grup, evliliğe göre dağılımı
- Nüfus hareketleri
- Nüfus büyüklüğündeki değişimler (Göçler)

Toplumla ilgili genel bilgiler

- Tarihsel geçmiş
- Çevrenin fiziksel ve iklimsel özellikleri
- Ekonomik etkinlik, ekonomik gelişme
- Alt yapı (evlerin durumu, su kaynakları, sanitasyon, yollar, ulaşım)
- Sosyal yapı
- Suç işleme oranı ve güvenlik
- Yaşamsal istatistikler (ölüm, doğum, doğurganlık hızları)

Yakın ve uzak çevrede toplum için mevcut hizmet olanakları

- Sağlık hizmetleri (var olan olanaklar, coğrafi dağılımı, ücret durumu, ulaşılabilirlik, hizmet alanı, etkinlik, kalite)
- Sosyal yardım hizmetleri
- Kurum ve sektörler arası işbirliği
- Yürüyen sağlık programları

Hizmetlerin kullanımı

- Başvuru sıklığı
- Başvuru nedenleri
- Sevk nedenleri
- Değişik grupların hizmetleri kullanımındaki farklılıkları

Toplum katılımı

- Toplumun ilgi odakları (hissedilen gereksinimler, hizmet talebi, hizmetten beklentiler, sağlık hizmetlerinin beklentileri karşılama düzeyi)
 - Dernekler
-

- Gönüllü kuruluşlarca yürütülen faaliyetler
- Sağlık bilinci

Sağlık ve hastalık durumu

- Ölüm hızları, ölüm nedenleri
- Hastalık ve sakatlıklar (sık görülen hastalık ve sakatların görülme sıklıkları, insidans ve prevalans)
- Beslenme durumu
- Çocukların büyüme ve gelişme durumları
- Sağlıkla ilgili somatik ve psikososyal özelliklerin dağılımı (beslenme alışkanlıkları, sigara, alkol kullanımı vb.)
- Sağlık ve hastalık durumlarının zaman içindeki değişimleri

Risk durumu

- Önemli hastalıklar
- Çevresel sağlık koşulları
- Aşılama durumları
- Aile planlaması uygulamaları

Sağlıkla ilgili bilgi, tutum, davranışlar

- Gelenek ve görenekler (Sağlıkla ilgili geleneksel uygulamalar)
- Toplum içinde sağlık personeli dışında sağlıkla ilgili kişiler (ara ebeleri, sünnetçi, sıhhiye, kırıkçı, hoca vs.)
- Yaşam biçimleri
- Verilen sağlık öğüdünün yerine getirilme derecesi
- Hastalık nedenleri hakkında bilgi
- Sağlık ve hastalık durumu
- Davranışlarda zaman içindeki değişimler

Sağlık personeli ile ilişkiler

- İletişimin başarısı
- İletişimde gerek toplumdaki, gerekse sağlık personelinin kaynaklanan sorunlar
- Tercih edilen sağlık personeli tipi, nedenleri

Toplumda tanımak, öğrenilmesi gereken bilgileri elde etmek için değişik yollar bulunmaktadır. En sık kullanılan yöntemler:

1. Mevcut rapor, istatistik, sağlık evi, sağlık ocağı kayıtları
 2. Kroki çizme
 3. Kesitsel harita
 4. Tarih şeridi
-

-
5. Eğilim grafiği
 6. Mevsimsel takvim
 7. Kişisel görüşmeler (toplum liderleri ve halkla)
 8. Ev ziyaretleri
 9. Gözlem
 10. Grup görüşmeleri
 11. Sıralama

Bu yöntemlerle ilgili ayrıntılı bilgiler, Temel Sağlık Hizmetlerinde Toplum Tanıma ve İletişim (Dr. Ümit Kartoğlu) adlı kitaptan elde edilebilir.

2. Sağlık Eğitimi

Toplumun katılımını sağlama uzun bir süreçtir. Toplumun sağlık hizmetlerine katılabilmesi için, sorunlarını tanımlaması, önceliklerini belirlemesi ve bunlara uygun planlama yapabilmesi gerekmektedir. Bütün bunlar içinse belirli bir bilinç, bilgi ve beceri düzeyine ulaşması gereklidir. Öncelikle devletler, toplumun gelişmesi için gerekli olanakları sunmakla yükümlüdür. Sağlık sektörü, toplumun sağlık konusunda karar alacak kadar bilinçlenebilmesi için topluma yönelik sağlık eğitimi vermek zorundadır.

Topluma yönelik sağlık eğitimi için değişik yollar kullanılabilir. Bunlar arasında kitle iletişim araçlarının kullanımı, afiş, poster ve broşürlerin dağıtılması sayılabilir. Ancak en etkili yol, sağlık personeli aracılığıyla yüzyüze eğitim verilmesidir.

Sağlık eğitimi verilebilmesi amacıyla, öncelikle sağlık personelinin eğitim alması gereklidir. Örgün eğitimleri sırasında sağlık personeli iletişim, eğitim metodolojisi ve sağlık eğitimi konularında yeteri kadar bilgilendirilmemektedir. Ayrıca, temel sağlık hizmetleri içinde yer alan tüm faaliyetlerin başarısı için mutlaka gerekli olan toplum katılımı kavramından ise genellikle habersizdirler. Bu nedenle hem ülke, hem de il veya sağlık ocağı düzeyinde sağlık personelinin iletişim, sağlık eğitimi ve toplum katılımı konusunda bilgilendirilmesi ve duyarlandırılması sağlanmalıdır.

Sağlık eğitimi, sağlık sorunlarının çok yönlü bir yaklaşımla incelenip çözüldüğü bir eğitim sürecidir. Eğitim amacı davranışsal bir değişim yaratmak olduğundan, alışılmış biçimde sağlık personelinin topluma tek taraflı bilgi aktarması yerine, istenilen değişimi yaratabilecek katılımcı yöntemler kullanılmalıdır. **Değişim için eğitimin amacı**, sorunların çözümünde gelişme sağlayacak değişimler yaratabilmek ve teori ile pratik arasında gerçekçi ilişkiler kurabilmek için uygun ortamlar yaratmaktır.

Sağlık eğitimi aynı zamanda toplumun güçlendirilmesi ve geliştirilmesi boyutuyla da ele alınmalıdır. Toplum katılımı ile ilintili olarak toplumun güçlendirilmesinde tek ve genel bir sağlık eğitimi modeli yoktur. Eğitim içeriği, toplumun bilgi ve beceri düzeyi, sosyal ve kültürel değerleri, gelenekleri, inançları ve uygulamaları dikkate alınarak belirlenmelidir. Aynı zamanda toplumun mevcut bilgi ve becerilerini geliştirme üzerine düzenlemeli ve uygulanmalıdır. Eğitimin içeriği ve uygulama biçimi mümkün olduğunca kişilere ve değişik toplum gruplarına uygun olarak özelleştirilmelidir. Tüm bunların yapılmasında da mutlaka toplumla birlikte çalışılmalı ve toplum bu faaliyetlerde görev almalıdır.

Sağlık hizmetlerine katılacaklar genelde toplum içindeki yetişkinler olduğundan, sağlık eğitiminde yetişkinlere ilişkin özelliklere dikkat etmek gereklidir. Yetişkinlerin, çocuk ve gençlerden farklı olarak öğrenmeye ilişkin, kendine özgü özellikleri vardır. Bunlar yetişkinlerin kendilerine, ailelerine, işlerine ve topluma karşı sorumlulukları olduğundan, asıl işlerinin öğrencilik olmamasından ve bir deneyim birikimine sahip olmalarından kaynaklanır.

Yetişkinlerin öğrenmeye ilişkin özellikleri 4 grup altında toplanabilir.

1. Yetişkinlerin benlik kavramı gelişmiştir. Kendilerine olgun bir insan olarak davranılmasını ve saygılı olunmasını beklerler. Başarısızlıktan ve başkalarının yanında küçük düşmekten korkarlar. Eğitimde pasif değil, aktif rol almaktan hoşlanırlar. Gereksiz otoriteden hoşlanmazlar.
2. Yetişkin, deneyim birikimine sahiptir. Yaşamları boyunca edindikleri bir takım bilgi, beceri ve tutumlara sahiptirler ve eğitimde bu deneyimlerinden yararlanılmasını beklerler. Deneyimlerine uygun düşen yeni öğrenmeleri kabul etme, ters düşenleri ise reddetme eğilimindedirler.
3. Yetişkin insan bir ihtiyacına doyum getirmeyen öğrenmeleri kabule hazır değildir. Çocuk ve gençlere göre daha gerçekçidir. Gördükleri eğitimin somut gereksinimlerine doyum getirmesini beklerler.
4. Yetişkin karşı karşıya olduğu sorunlara çözüm getirebilecek öğrenimlere ilgi duyar. Sorunları ile doğrudan ilişkisi olmayan etkinliklere zamanlarının harcanmasından hoşlanmazlar.

Yetişkinlerle ilgili bütün bu özellikler, sağlık eğitimi vermeden önce yetişkinleri ve toplumu tanımak gerektiğini ortaya çıkarmaktadır. Toplumun sosyo ekonomik yapısı, ihtiyaçları ve sağlık hizmetleri ile olan ilişkisinin belirlenmesi, sağlık eğitimi ve toplum katılım çalışmalarının ilk aşamasıdır.

3. Liderliğin Belirleme ve Geliştirme

Toplumunu tanıma ve harekete geçirme çalışmalarında önemli kaynaklardan bir tanesi de toplum liderleridir. Sağlık personeli hizmet vereceği toplumla ilgili pek çok bilgiyi toplum liderleri ilgili görüşmeler sonucunda elde edebilir.

Topluluklar içinde doğal liderler vardır. Bu kişilerden bazıları, köylerde muhtar, öğretmen, imam, ilçelerde kaymakam, ilköğretim müdürü, belediye başkanı, müftü, öğretmenler, eczacı olarak sayılabilir. Bu kişiler sağlık personeline bilgi vermek yanında, toplumu iyi tanıdıkları ve toplum içinde söz sahibi oldukları için faaliyetlerin planlaması ve uygulanmasında da yardımcı olabilirler.

Toplum liderleriyle ilk aşamada, sağlıkla ilgili mesajların topluma iletilmesi amacıyla beraber çalışabilir. Bunu sağlamak amacıyla toplum liderleriyle beraber, toplumun hangi kesimine hangi lider aracılığıyla ulaşılabileceğine karar verilir ve bu karar uygulanır. Daha sonraki aşamalarda ise, düzenli aralıklarla toplanılıp, toplumun sağlık sorunlarının neler olduğu, toplumun gereksinimleri ve sağlık hizmetlerinden beklentileri tartışılabilir. Toplumun sağlık sorunlarının çözümü için sağlık personeli ve topluma düşen görevler hakkında iş bölümü yapılabilir.

Toplumda doğal liderler dışında söz sahibi kişiler bulunmaktadır. Bu kişilerin özellikleri, toplumların özelliklerine göre değişmektedir. Bazı toplumlarda yaşlı kadınlar, köy ağaları, aşiret reisleri liderlik özellikleri taşıyabilirler veya belli bir pozisyonu olmasa da bazı kişiler toplum içinde saygınlık kazanmışlardır ve toplumu etkileme gücüne sahiptirler. Sağlık personeli, yürüttükleri faaliyetlerin başarısı için bu kişilerle de işbirliği yapmak zorundadır. Bu kişilerin kimler olduğu, bireysel veya grup görüşmeleri sırasında belirlenebilir.

Sağlık alanında toplum katılımı çalışmaları genellikle sağlık sektörü tarafından belli alanlarda başlatılmıştır. Genellikle de toplumla beraber çalışacak konu, sağlık personeli tarafından belirlenmiştir. Bazı uygulamalarda, toplumu harekete geçirmek, hayat tarzlarını iyi yönde etkileyecek faaliyetlere katılmalarını sağlamak için gönüllülerle birlikte çalışılmıştır. Gönüllüler çalışmaya istekli, toplumun herhangi bir kesiminden kişiler olabilmektedir. Gönüllüler, yapılacak çalışmalarda sağlık personelinin yerini tutacak, onlara rakip olacak kişiler değil, sağlık personeli ile birlikte kendi toplumlarının sağlığını geliştirecek toplum temsilcileridir. Gönüllülerle yapılan çalışmalarda dikkat edilmesi gereken noktalar vardır:

- Çalışmaya katılacak gönüllülerin rolleri önceden ayrıntılı olarak belirlenmelidir.
 - Yapılacak çalışma için görev dağılımı, kişilerin özelliklerine, bilgi ve beceri düzeyine uygun olarak yapılmalıdır.
-

- Gönüllüler toplum tarafından seçilmelidir. Ancak, bunun bazı sakıncaları vardır. Toplum genellikle doğal liderleri seçme eğilimindedir. Ayrıca bu seçim işlemi, aileler, farklı siyasi düşünceye sahip kişiler, farklı etnik kökenliler arasında bir güç gösterisine dönüşebilir. Bir diğer sakınca ise, toplumun yapılacak çalışmayı iyi bilmemesi nedeniyle doğru kişiyi seçememesidir.
- Gönüllülerin sürekli eğitimi gereklidir. Öncelikle çalışmaya başlamadan önce, gönüllülerin çalışma ve bu çalışmanın gerektirdiği bilgi ve beceriler hakkında eğitilmeleri gerekmektedir. Bu eğitimin sürekli olması gönüllülerin bilgi ve beceri eksikliklerinden kaynaklanabilecek onarılması güç hataları önleyecektir.
- Toplumun seçtiği kişilerle, sağlık çalışanları arasında düzenli toplantılar yapılmalıdır. Bu toplantılarda yapılan, faaliyetlerle ilgili düşünceler paylaşılır, karşılıklı bilgi verilir ve yeni çalışmalar planlanabilir.
- Yapılan çalışmalar düzenli olarak değerlendirilmeli ve sonuçlar topluma iletilmelidir. Bunun sonucunda toplumun çalışmaya ilgisi çekilmiş olur. Ayrıca sonuçların topluma bildirilmemesi halinde, toplumun seçtiği kişilere güveni, dolayısıyla çalışmanın etkinliği azalır.

Toplum katılımı örnekleri bölümünde gönüllülerle işbirliği içinde yapılan faaliyetler de yer almaktadır.

4. Sağlık Kurallarının Kullanılması

Ülkemizde temel sağlık odaklı sağlık hizmetleri yaklaşımı ve bu anlayıştan kaynaklanan toplum katılımı düşüncesi, Alma-Ata Konferansından yıllar önce 5.1.1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunla uygulanmaya başlanmıştır.

Bu kanunun 23. maddesi şu şekildedir:

“Sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti teşkilatı ile halk arasındaki münasebeti temin amacıyla sağlık ocaklarında, sağlık merkezlerinde ve illerde, sağlık kurulları kurulur. Bu kurulların kuruluşu, çalışma tarzları ve toplantı zamanları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından hazırlanan bir yönetmelikle tayin edilir.

Bu kurullar halkın sağlık teşkilatından istediği hususları ilgililere duyurur. Hizmetlerin başarı ile yürütülmesi için halkın eğitilmesine ve teşkilat ile maddi ve manevi işbirliği yapmalarına yardım ederler.”

Bu maddenin yanı sıra Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmeliğin (Karar sayısı: 6/3470,9.9.1964 gün ve 11802 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanmıştır) Çeşitli Hükümler bölümünün 6. maddesini k bendinde “ Toplumun kalkınmasında gönüllü vazife alanlar, sağlık personelinin vazife için yaptığı gezilerde resmi taşıtlardan faydalanabilirler” denilmektedir.

Yukarıda sözü edilen kanun ve yönetmeliğin ilgili maddelerinde toplum katılımı kavramının yer alması ile de yetinilmemiş ve bu amaçla faaliyet göstermesi düşünülen kurullar için, Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin Sağlık Kurulları Yönetmeliği (15.3.1969 gün ve 13149 sayılı Resmi Gazete’ de yayınlanmıştır.) (Ek 2) hayata geçirilmiştir.

Bu yönetmeliğin amacı ise 2. maddede şu şekilde belirlenmiştir:

“Sağlık kurulları, sağlık hizmetlerinin başarı ile yürütülmesi için, sağlık kuruluşlarıyla halk arasında iyi münasebetler kurulması ve devam ettirilmesini, maddi ve manevi işbirliğinin temini ile halkın sağlık teşkilatından istediği hususların ilgililere duyurulmasını sağlar.”

Görüldüğü üzere dünya sağlık sistemlerinde özellikle Alma-Ata’dan bu yana yoğun olarak tartışılmaya başlanılan sağlık hizmetlerinde toplum katılımı kavramı ile ilgili, ülkemizde 1960’lı yıllarda yasal düzenlemeler yapılmış ve temel sağlık hizmetleri anlayışının önemli bir parçası olarak ele alınmıştır.

Söz konusu yönetmelikle üç Sağlık Kurulu kurulması öngörülmüştür.

- a) Sağlık Ocağı Sağlık Kurulları
 - (1) Köylerde ve Bucaklarda
 - (2) İlçe Merkezlerinde
- b) Sağlık Merkezleri Sağlık Kurulları
- c) İller Sağlık Kurulları

Bu kurullar aracılığı ile toplumun, isteklerinin ve önceliklerin belirlenmesinden, hizmetlerin tüketilmesine kadar olan süreç içerisinde, köylerden il merkezlerine kadar hizmetlere en aktif şekilde katılması ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için sağlık sistemi ve çalışanları ile en sıkı işbirliğinin sağlanabilmesi amaçlanmıştır.

Bugüne kadar bu kurullar, çeşitli nedenlerle kağıt üzerinde yazılı olduğu şekliyle yaygın olarak hayata geçirilememiş ve amaçlarını gerçekleştirememiş olmasına rağmen toplumun sağlık hizmetlerine katılımını sağlamayı amaçlayan faaliyetlerin yasal zeminini oluşturmaktadır.

Söz konusu Sağlık Kurulları özellikle yerel yöneticiler (Sağlık müdürü, Sağlık Grup Başkanı, Sağlık Ocağı Sorumlu Hekimi) tarafından iyi bilinmeli ve toplumun sağlık hizmetlerine katılımını sağlama yöntemlerinden birisi olarak işletilmesinde öncelik edilmelidir.

Toplumun sağlık hizmetlerine katılması ile, İnsan Hakları Evrensel Bildirisi ve Anayasamızda bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden yararlanmanın sosyal Adalete uygun bir şekilde gerçekleştirilebilmesinde önemli mesafeler alınabilecektir.

5. Sektörlerarası İşbirliği

Sektörlerarası işbirliğinin anlamı ve gerekliliği

İnsanların toplum halinde yaşamaya başlamaları ile birlikte ortaya çıkmış olan kurumsal yapılar, belirli görevleri üstlenirken aynı zamanda organize bir ana yapının parçalarını da oluşturmaktadırlar. Bir bütünsellik içinde görevlerini yerine getirmeye çalışan bu kurumların yapıları, işleyiş mekanizmaları ve hizmet verdikleri kitleler değişik olabilmektedir. Ortak özellikleri topluma hizmet vermeleri ve aynı organize yapının içinde yer almalarıdır. Dolayısıyla bir çok kurumun (sektörün) hedef kitlesi (kapsadığı, hizmet verdiği kitle) aynı kişilerden oluşabilmektedir. Örneğin; eğitim sektörünün içinde yer alan öğrenciler aynı zamanda sağlık sektörünün de hedef kitlesi içinde yer almaktadır.

Örnekte de görüldüğü gibi toplumsal yapı içinde insana yönelik hizmetlerde her sektörün kendine özgü görevleri vardır ve çeşitli sektörler aynı anda aynı kişilere hizmet verebilmektedir.

Ancak her sektörün hizmet vermede karşılaştığı pek çok sorun vardır. Bu sorunların özünü genel olarak kaynak kısıtlılığı ve kişilere ulaşma güçlüğü gibi nedenler oluşturmaktadır. Aynı örnek üzerinden gidildiğinde; sağlık sektörünün tek başına tüm öğrencilere ulaşması ve onlara yeterli ve kaliteli sağlık hizmeti vermesi oldukça güçtür. Eğitim sektörünün kaynaklarından ve öğrencileri toplama gücünden yararlanarak tüm öğrencilere ulaşmak ve onlara sağlık hizmeti vermek daha kolay olacaktır. Bunun en güzel örneği öğrencilere verilen sağlık eğitimi ve aşılama hizmetleri oluşturmaktadır.

Herhangi bir sektörün planladığı faaliyetleri gerçekleştirebilmesi, verdiği hizmetin etkililiğini artırabilmesi ve hedeflerine ulaşılabilmesi için mevcut kaynak ve olanaklarının yanı sıra diğer sektörlerinin insan gücü, araç-gereç iletişim ve yetki olanaklarını da harekete geçirip kullanabilmesi gereklidir. Bu

girişimle daha başarılı bir sonuç elde edebilecektir. Ek olarak; daha geniş bir kitleye ulaşmak da programın etkililiğini arttıracaktır.

İşbirliği sonucu elde edilen olumlu sonuçlar, yalnız programın hedeflerine ulaşmasını değil, aynı zamanda tarafların işbirliği içinde çalışmanın yararlarına inanmalarını sağlayacaktır, personeli motive edecek ve işbirliğinin sürdürülmesi ya da gerektiğinde yeniden kurulması için uygun bir zemin hazırlayacaktır.

Sektörlerarası işbirliğinin oluşturulması ve yapısal taslak modeli

Sektörlerarası işbirliğinde en az iki taraf söz konusudur. İlki işbirliğini talep eden taraf, ikincisi ise işbirliğine çağrılan taraf(lar)dır. İşbirliğinin oluşturulması ve kurumsallaştırılmasında yönetici (emredici) pozisyonunda olan kişi yada kurum (örneğin; Kaymakam, Sağlık Ocağı....) taraf olmaktan çok “doğal” bir lider konumundadır.

Yürütülecek çalışmaların daha organize ve sistemli gerçekleştirilebilmesi için işbirliğinin bir kurumsal yapıya oturtulması gereklidir. Bu yapının oluşturulması ve işbirliğinin programlanmasında bazı noktalar göz önüne alınmalıdır.

- a) İşbirliğini yapacak sektörlerin çalışma alanları ve organizasyon yapıları çok iyi bilinmelidir.
- b) Her iki (ya da daha çok) sektör personelinin rutin görev, yetki ve sorumlulukları işbirliği yapılacak konuya ters düşmemelidir.
- c) İşbirliği kapsamında her bir sektörün sorumlulukları belirlenmeli ve faaliyet planında yerini almalıdır.
- d) Organizasyon, personel hareketliliği ve kişisel nedenlerden kaynaklanan olumsuzluklardan etkilenmeyecek bir yapıda kurulmalıdır.
- e) Yürütülecek faaliyetlerin izleme ve değerlendirilmesi için ortak bir çerçeve çizilmelidir.

Gerektiğinde kurulacak bu yapılar dışında, sektörlerarası işbirliğinin sürdüğü ve bir gereksinimden dolayı ortaya çıkmış mevcut kurullar da vardır. Buna örnek olarak İl ve İlçe Hıfzısıhha Kurulları gösterilebilir. Ancak, belli dönemlerde toplanması ve kararlar alıp uygulaması gereken bu kurumların, işbirliği sınırlarını genişletmek ve koşullara uygun yeni programlar geliştirebilmeleri için, alt yapı örgütlenmesini ve kaynak dağılımını yapabilme konusunda daha istekli ve esnek olması gerekmektedir. Bu kurullarda temel anlayış olarak, yasal bir zorunluluğu yerine getirmek yerine sorunların çözümüne yönelik bir yaklaşım benimsenmelidir.

Öngörülen işbirliği organizasyon şeması taslağı şu şekilde olmalıdır:

Doğal Liderler
(Vali)

Bir proje hazırlanması ve bu projenin de sektörler arası işbirliği gerektirdiği durumlarda, organizasyonun en üstünde Proje sorumlusu bulunur, bir alt birim ise Proje Koordinatörlüğüdür. Sektör temsilcilerinden oluşan ve proje Koordinatörünün de yer aldığı Yönetim birimi belli dönemlerde toplanarak projenin gidişi, yürütülen faaliyetleri, stratejileri izlemek ve değerlendirmekle görevlidir.

Bu birimin altında bulunan ve teknik elemanlardan oluşan Eşgüdüm (Koordinasyon) Birimi ise Yönetim birimi adına iş görür ve ilgili sektör temsilcilerinden oluşur.

Daha sonra Teknik Birimler gelmektedir. Bu birimler, projenin planlanıp uygulanmasına, izlenmesinden değerlendirilmesine kadar her aşamada işin teknik düzeyde yürütülmesini sağlayan ve halkla doğrudan ilişkide bulunan kişilerden oluşmaktadır.

Bu organizasyonel yapıda bazı değişiklikler yapılabilir. İşin gereği ek birimler oluşturulabildiği gibi yerel-bölgesel koşullara, işin niteliğine göre geçici ek işbirliği durumları da ortaya çıkabilir.

Sektörlerarası işbirliği yaklaşımı

Sektörler arası işbirliği oluşturulması gereği ortaya çıktıktan sonra her bir taraf için göz önünde bulundurulması gereken noktalar vardır. Bu noktaların iyi belirlenmesi, benimsenmesi ve uygulanması gereklidir:

- a) İşbirliği yapılmasının ana amacı; “ülke yararı için ve verimli çalışmanın yapılması” olarak benimsenmelidir.
- b) İşbirliği istenen sektörün, program faaliyetlerini “angarya” olarak değerlendirilmesini engelleyici bir yaklaşımda bulunulmalıdır. Bu konuda seçilecek en uygun yok zorlayıcı değil ikna edici yaklaşımdır.
- c) İşbirliği yapılacak konular ve istenecek yardımların kapsamı ve sınırları kesin hatlarıyla ortaya konmalı ve programa entegre edilmelidir.
- d) Yürütülen çalışmalarda, karar alma aşamasından sonuçların değerlendirilmesi aşamasına kadar ortak yürütülen her basamakta sorumluluk paylaşılmalıdır.
- e) Sektörler arası resmi işbirliği protokollerinin yanı sıra yüz yüze ilişkilerle de alışmalarda katkı ve katılım sağlanmalıdır. Bu tür, yaklaşım; özellikle bürokrasinin yarattığı zaman kaybı ve kaynak israfını önlenmesinin yanında, değişen koşullarda pratik çözümlerinin ortaya çıkmasına da olanak verecektir.
- f) İşbirliği yapılan program ile sektörlerin rutin hizmetlerinin uzun dönemde çakıştırılması amaçlanmalıdır.
- g) Her bir taraf personelini birbirine yaklaştıran ve birlikte çalışmaya motive eden bir anlayış sergilemeli ve programa yansıtılmalıdır.
- h) ,Başka bir dönemde, benzer yada farklı bir işbirliğinin gündeme gelebileceği, hatta talep eden tarafın diğer sektöre yararlı olabileceği düşünülerek, bu program bitiminde ilişkiler kesilmemeli ve canlı tutulmalıdır.

Sağlık alanında sektörlerarası işbirliği

Kapsadığı hizmet alanı en büyük olan sektör sağlık sektörüdür. Çünkü; yaşı, cinsi, işi, statüsü, yeri ne olursa olsun herkesi kapsamak zorundadır. Yani sağlıklı olmak tüm insanları ilgilendirmektedir.

Böylesine geniş kapsamlı bir hizmeti üstlenen sağlık sektörünün tek başına bu yükü taşıyabilmesi, herkese yeterli ve kaliteli hizmet verebilmesi olanaksızdır. Sağlık gibi çok çeşitli bileşenleri olan, birçok sektörle zorunlu olarak işbirliğine

girilmesi gereken bir alanda, tüm topluma ulaşabilme ve gereksinimlerini karşılayabilme, ancak hizmetin işbirliğine açık ve belli alanlarda diğer sektörlerle görev, yetki ve sorumluluğun paylaşılması ile olanaklıdır.

Planlanan faaliyetlerin gerçekleştirilmesi, hizmetin etkinliğinin artırılması ve hedeflere ulaşılabilmesi için mevcut kaynak ve olanakların kullanılması ön koşuldur. Bu kaynaklara diğer sektörlerin insan gücü, araç-gereç, iletişim ve diğer olanakları da eklendiğinde sonuç daha başarılı olacaktır.

Herkesi ilgilendiren sağlıklı olmak kavramının yaşama geçirilebilmesi için; Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılı için belirlediği sağlık hedeflerinin özeti olan "Sağlık İçin Herkes, Herkes İçin Sağlık" sloganında belirtildiği gibi bu çabada herkesin, her sektörün katkısı ve desteği olmalıdır.

Sağlık sektörünün öncülüğünde ilgililerle birlikte özel ilgi gösterilmesi ve işbirliği yapılması gereken bir konu belirlendikten sonra, bu konuda çözüme yönelik çabalar da yine sağlık sektörü tarafından koordine edilmelidir. Bu temel zorunluluk çerçevesinde işbirliğinin adımları şu şekilde sıralanabilir:

- a) Sağlık sektörünün öncülüğünde önemli bir sağlık sorununun belirlenmesi,
- b) Sorunun çözümüne yönelik eylem ve stratejilerin belirlenmesi,
- c) İşbirliği yapılması gereken sektörlerin belirlenmesi,
- d) Sektörlerin katkı ve katılımları ile ilgili taslakların hazırlanması,
- e) İlgili sektörlerle sorunun ve hazırlanan çözüm planlarının tartışılması, ortak eylem ve hedeflerin belirlenmesi,
- f) Kaynaklar gözden geçirilerek ilgili sektörlerin bu sorunun çözümündeki katkı ve katılımının belirlenmesi, kesinleşmesi ve ortak programın hazırlanması,
- g) İşbirliğinin kurumsal yapısının oluşturulması,
- h) Programın uygulamaya başlanması,
- i) İzleme ve değerlendirme.

Uygulama aşamasında, gerektiğinde ilgili sektörlerle ek işbirliği girişimlerinin yapılabileceği ve mümkün olan en etkili ve geniş kesimi programa katabilmenin başarıyı arttırabileceği unutulmamalıdır. Genel yapıda ve amaca ulaşmada gerekli olduğuna inanılan bir girişim hedeflendikçe bu tür değişiklikler yapılabilmektedir. Örneğin; ulaşım koşullarının sorun yarattığı yerlerde ek olarak Karayolları ile işbirliğine daha etkili hizmet için gerekli olmaktadır.

Sonuç olarak sağlık hizmeti verirken başvurulması gereken yollardan biri olan değişik sektörlerle işbirliği yapmada ana tema, “insanların yararı için en etkili ve verimli çalışmanın yapılmasıdır ve her bir tarafın bu girişimi iyi niyet temelinde ve ciddi bir görev anlayışında gerçekleştirmesidir.”

Bir uygulama örneği:

“Ana sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinde” sektörlerarası işbirliği

“Ana Sağlığı ve Aile Planlaması Projesi”, ülkede hizmete öncelik gereksinimi olan bölgelerde ana sağlığı ve aile planlama hizmetlerinin desteklenmesi ve yaygınlaştırılması, anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve etkili kontraseptif yöntem kullanımının artırılması amacıyla uygulanması planlanmış bir projedir.

Projenin daha etkili ve yaygın uygulanabilmesi için sektörler arası işbirliğine gidilmesi gerektiği belirlenmiş ve buna yönelik yapısal formasyon geliştirilmiştir.

Öncelikle organizasyonda (Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü) işbirliği yapılabilecek (yapılması gereken) sektörler belirlenmiştir. Proje, ülke düzeyinde oldukça büyük bir bölgede ve değişik yörelerde uygulanacağı için üst düzey işbirliği zinciri oluşturulmaya çalışılmıştır. Proje kapsamında işbirliği yapılması gerekli bulunan sektörler şunlardır:

Milli Eğitim Bakanlığı (Milli Eğitim Müdürlükleri, Halk Eğitim Müdürlükleri), Milli Savunma Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı (Valilikler), Belediyeler, Üniversiteler, Diyanet İşleri Başkanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Gönüllü Kuruluşlar (Dernekler, Vakıflar....), Muhtarlar, Toplum Liderleri, Basın ve Yayın Kuruluşları.

Daha sonra sektörlerin her birinin katkı ve katılımında bulunabilecekleri konular belirlenmiştir:

Milli Eğitim Bakanlığı

- a) Halk eğitimi, propaganda ve bilgilendirme çalışmaları sırasında eğitim kurumlarından yararlanmayı sağlamak,
 - b) Öğretmenlerin ana çocuk sağlığı ve aile planlaması konularında, sağlık personeli danışmanlığında öğrencilere ve halka eğitim vermelerini sağlamak,
 - c) Öğretmenlerin sağlık personeline yardımcı olmalarını sağlamak,
 - d) İl ve İlçe Halk Eğitim Müdürlükleri'nin ana çocuk sağlığı ve aile planlaması konularında halkı eğitmesini sağlamak,
 - e) Halk eğitim materyalinin dağıtım ve kullanımında sağlık personeline yardımcı olmak,
-

Milli Savunma Bakanlığı

- a) Askerlere ana çocuk sağlığı ve aile planlaması konularında programlı eğitim verilmesini sağlamak (yerel sağlık otoriteleri kanalıyla),
- b) Askerlere evlilik öncesi danışmanlık hizmeti vermek.

Valilikler

- a) Uygulamaların il düzeyinde organize edilmesinde başkanlık yapmak,
- b) Resmî kuruluşların uygulamalara katılım ve desteği için çaba harcamak,
- c) Personel, araç gereç ve yer temininde ve bu desteğin sürekliliğinin sağlanmasında programı destekleyici kararlar almak,
- d) Sağlık personelinin çalışmalarını yakından izlemek ve destek olmak
- e) Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği'nin 11. maddesine işlerlik kazandırmak,
- f) Sağlık kuruluşlarının çalışmalarının tanıtımı ve kullanılabilirliğini arttırıcı önlemler almak.

Belediyeler

- a) Programın alt yapısının oluşturulmasına yardımcı olmak,
- b) Belediyeye ait sağlık kuruluşlarında programı yürütmek ya da desteklemek,
- c) Halkın bilgilendirme ve eğitimi çalışmalarına yardımcı olmak,
- d) Evlilik öncesine yönelik programın gerçekteşmesine katılmak,
- e) Ulaşım ve taşıma işlerine yardımcı olmak,
- f) Organizasyona katkıda bulunmak.

Üniversiteler

- a) Sevk sistemi içerisinde yer almak, birinci ve ikinci basamağı tıbbi yönden desteklemek,
 - b) Uzmanları ve öğretim üyeleri aracılığı ile alt basamaklara bilgi ve beceri eğitimi vermek,
 - c) Hasta taşınmasına destek vermek,
 - d) Müfredata, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması programlarını destekleyici bilgiler eklemek ve öğrencilerin bu konularda bilgi ve becerisini arttırmak,
 - e) Eğitim ve Araştırma Bölgelerinde programın yürütülmesine katkıda bulunmak,
 - f) Sağlık kuruluşları ile birlikte araştırmalar planlamak, uygulamak ve değerlendirmek,
 - g) Halk eğitimi yapılmasına ve eğitim materyali üretilmesine katılmak.
-

Diyanet İşleri Başkanlığı

- a) Müftülükler aracılığıyla imamların, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması konularında halkı aydınlatmalarını ve yanlış inanışların ortadan kalkmasını sağlamak (sağlık otoritelerin danışmanlığında).

Sosyal Sigortalar Kurumu

- a) SSK kapsamındakilere ana çocuk sağlığı ve aile planlaması eğitimi verilmesi çalışmalarına katılmak,
- b) Aile planlaması Klinikleri açmak,
- c) SSK' ya ait sağlık kuruluşlarında programın uygulanmasına yardımcı olmak.

Gönüllü Kuruluşlar

- a) Başta bünyelerindeki kitle olmak üzere halk eğitimine, sağlık personelinin danışmanlığında katkı ve katılımında bulunmak,
- b) Sağlık meslek kuruluşu üyelerinin, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması konularında ve bu program çerçevesinde yapılan çalışmalara katkı katılımını sağlamak, eğitimlerine yardımcı olmak gibi görevleri üstlenmek.

Muhtarlar

- a) Programın mahalle ve köy bazında yürütülmesi için oluşturulan organizasyonlarda aktif rol almak,
- b) Sağlık personeline ve program için çalışan kişi ve kuruluşlara yardımcı olmak,
- c) Halk eğitiminde bizzat görev almak, eğitim çalışmaları için yer bulmak, halka haber vermek ve toplamak,
- d) Diğer çalışmaların yürütülmesi, izlenmesi ve değerlendirilmesinde sorumluluk üstlenmek.

Toplum Liderleri

- a) Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması konularında yapılan çalışmalara katılmak, halkı katılmaya teşvik etmek,
- b) Halk eğitimine yardımcı olmak, dirençli insanları inandırmak, destek vermek,
- c) Programın uygulanması için gerekli çalışmalara yardımcı olmak.

Basın ve Yayın Kuruluşları

- a) Halkın ana çocuk sağlığı ve aile planlaması ile ilgili doğru bilgi ve davranışlar kazanması için basın ve yayın organlarında eğitim yapmak,
 - b) Programı destekleyici, tanıtıcı, personeli motive edici ve halkın katılımını sağlayıcı propaganda yapmak.
-

6. Kitle İletişim Araçlarının Kullanımı

Teknolojik gelişmelerin günümüzde en belirgin niteliği, kitle iletişim araçlarını etkilemeleridir. Öyle ki; çağımızı kitle iletişim çağı olarak niteleyenler bile vardır. Bu araçlar günümüzde tüm ülkeleri etkilemiş, toplumda değişmelere yol açmışlardır. Hem gelişmiş, hem de az gelişmiş ülke insanı bu araçlarla zamanlarının önemli bir bölümünü geçirmektedir. Bu araçlarla dünyamız adeta küçülerek ufak bir köy durumuna dönüşmüştür.

Kitle iletişim araçlarının özellikle sağlık eğitimi ve toplum katılımında kullanılması önemli yararlar sağlamaktadır. Bunları açıklamak için kitle iletişim araçlarının toplumdaki işlevlerine göz atmak gerekir.

Kitle iletişim araçlarının toplumdaki yeri, etkisi ve ana görevlerini açık seçik ortaya koyabilmek için kitle iletişim araçlarının toplumsal değişimle, ulusal kalkınmayla ilişkisini kurmak zorunludur. Bu nedenle toplumsal değişmeden ya da ulusal kalkınmadan ne anlaşıldığını kısaca açıklamak gerekir.

Toplumsal değişim ve kalkınma, toplumdaki insan davranış ve düşüncelerindeki, değerler dizgesindeki değişimler yanında, bunu doğuran ana etkenlerdeki, daha doğrusu toplumun ekonomik yapısındaki, kurumlarındaki, insan ilişkilerindeki değişmelerin tümünü içermektedir.

Kitle iletişim araçlarının toplumdaki belli başlı görevlerini şu noktalarda toplayabiliriz:

1. Habercilik

Yöremizde, ilimizde, ülkemizde ve dünyada olup bitenleri en çabuk, en doğru biçimde ulaştırmak kitle iletişim araçlarının ana görevlerindedir. Eğitim, bilim, sağlık alanındaki yeniliklerin, gelişmelerin ve uygulamaların duyurulması ve halkın bunlara ilgilerinin çekilmesi habercilik görevinin önemli bir yönüdür.

2. Kamuoyu oluşturma

Kamuoyunu ilgilendiren konularda, çeşitli görüşlerin serbestçe ortaya atılıp tartışılması önemli bir etken olan kamuoyunun oluşmasına yol açar.

3. Yönetmel Sürece katılma ve denetleme

Halkın yönetime katılmasına, denetlemesine yardımcı olmak, kitle iletişim araçlarının görevidir. Böylece halkın yönetime sürecine ihtiyaçlarına, önceliklerine ve çıkarlarına en uygun biçimde ve bilinçle katılmasını sağlamak mümkün olur.

4. Eğitim

Halkın sorunlarını çözmek, gereksinimlerini karşılamak için gerekli bilgi, beceri ve davranışları elde etmesini, anayasal hak, ödev, çıkar ve sorumluluklarının bilincine varmasını, bunun gerektirdiği gibi davranmayı sağlamasına yardım etmek, kitle iletişim araçlarının özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki en önemli görevlerinin başında gelmektedir.

5. Toplumsal Bütünleşme

Bireyin, kümelerin ve yerel toplulukların geri kalan birey, küme ve topluluklarından uzak, kopuk kalması engellenmelidir. En uzak yöredeki ulaşılması güç, dış dünyaya kapalı olan topluluklar bile radyo ve televizyonla kolaylıkla çevreye, kente ulusal ve uluslararası dünyaya açılabilir. Böylece toplumu oluşturan bireylerin, ortak toplumsal özelliklere kavuşmasında, birbiriyle kaynaşmalarında kitle iletişim araçlarının çok önemli bir yeri vardır.

Gelişmekte olan ülkelerde, kitle iletişim araçlarından yalnızca okuma yazma öğretimi için değil, kalkınmaya elverişli ortamın, önderliğin ve katılımın sağlanması için de yararlanılabilir.

Bu işlevlerin tümüne bir göz attığımızda bir toplumda işlevler yerine getiren iletişim araçlarının toplumsal değişmelere yol açtığını söyleyebiliriz. Bunların bazıları bireysel, bazıları ise toplumsaldır.

Kitle iletişim araçları, sağlık eğitimi ve toplum katılımı

Kitle iletişim araçlarının sağlık eğitimi ve toplum katılımındaki yeri şöyle özetlenebilir:

- a) Geniş bir izleyici kitlesiyle düzenli bir şekilde iletişim sağlanır. Coğrafi koşullardan pek az etkilendiğinden en uzak köyleri de yayın kapsamına alabilir,etki alanına sokabilir. Son yıllarda iletişim alanında ülkemizde sağlanan büyük gelişmelerle özellikle yerel radyo ve televizyonlar çığ gibi çoğalmıştır. Bunun yanı sıra ülkemizde geçmişten beri oldukça yaygın bir yerel gazetecilik geleneği vardır. Bu yerel gazetelerin hiç de azımsanmayacak bir okuyucu kitlesi bulunmaktadır. Bu tür yerel iletişim araçları ile sağlık alanında topluma yönelik daha çok sayılan İşlevlerin yerine getirilmesi daha kolay olabilecektir.
 - b) Toplum, olayları günü gününe izleyerek gerekli bağlantıları kurar.
 - c) Toplumun duygularına, aklına ve gözüne aynı anda yönelerek onu etkiler.
-

- d) Halkın günün gelişmelerine bilgili ve bilinçli olarak katılmasını sağlamak
 - e) üzere, sürekli bir bilgi ve haber akımı sağlar ve kamuoyu oluşturur.
 - f) Topluma, yaşamın her mekanında (evde, sınıfta, işyerinde....), yaşamın her alanıyla ilgili gerekli becerileri öğretir.
-

Bölüm 3

Toplum Katılımının Engelleri

Toplumun ortak ihtiyaç ve sorunlarına yönelik hizmetlere halkın katılımının sağlanmasında karşılaşılan çeşitli güçlükler vardır. Bu güçlükler bazen toplumun iç yapısından, bazen de dışından kaynaklanmaktadır. Toplumun kendine özgü iç ve dış unsurları nedeniyle ortaya çıkan aşağıda gruplandırılarak verilmeye çalışılan bu güçlükler, her toplumda farklı ağırlık ve biçimlerde görülebilir. Ancak toplum katılımının toplumların sağlıklı gelişmelerindeki önemi nedeni ile bu konudaki engellerin iyi tanınması, toplum katılımını en üst düzeyde sağlamayı amaçlayan yapılar oluşturulması ve uygun yöntem ve tekniklerin kullanılması gerekir.

Toplum katılımında karşılaşılan güçlükler ile özellikle ülkemiz açısından katılım sağlama yollarına ilişkin düşünceler aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

Toplum katılımı konusunda yazılmış kaynakların belirttikleri ve toplum katılımına ilişkin çeşitli güçlüklerle neden olan etkenler üç başlık altında gruplandırılmaya çalışılmıştır:

- Sosyal ve kültürel etkenler
- Ekonomik etkenler
- Politik ve yönetsel etkenler

Her zaman iç içe olan ve birbirine etki eden bu etkenlere göre toplum katılımının güçlükleri şöyle özetlenebilir:

1. Sosyal ve Kültürel Etkenlerden Kaynaklanan Güçlükler

- a) Toplumun demokratik bir yapı içinde kendini yönetme bilgisi, becerisi ve deneyiminin az olması toplum katılımını engeller. Demokratik uygulamalarının temelinde birey-yönetim çıkarlarının bütünleşmesi, liderliğin gelişmesi anlamında ortak karar verme alışkanlıklarının bireylerde yerleşmesi ve kendini yönetmeyi öğrenmeleri düşüncesi bulunmaktadır:
-

Ancak uygulamada, demokrasinin sürekliliği ve bireyin bu süreklilik içinde kendi kişiliğini geliştirmesi amacının yanı sıra şu iki husus da önem kazanmaktadır.

- Verimliliğinin artması,
- Demokratik davranışların ve kendi kendini yönetmenin bireylere öğretilmesi.

Bireyler, katılım ve kendi kendini yönetme alışkanlığını daha küçük yaşlarda aileden ve çevreden kazanmaya başlar. Çeşitli araştırmalarda, otoriter ve demokratik aile tiplerinden demokratik olanında yetişen çocukların daha katılımcı oldukları belirtilmektedir.

Katılımcı ve demokratik anlayışla yetişen ve katılım davranışlarına sahip bireylerde oluşan toplumlarda etkin bir katılım sağlamak daha kolaydır. Bunun aksine demokratik davranış ve kendini yönetme alışkanlıkları ve deneyimleri sınırlı bireylerden oluşan toplumlarda ise, her şeyi başkalarından beklemek eğilimi yaygın olup, başkalarının kendileri adına düşünmesi, karar alması, yönetmesi gibi bir tutum gözlenir.

- b) Toplumun kendi sorunları ve çözüm yolları hakkında bilinçli olmaması katılımı güçleştiren diğer bir etkidir. Böyle bir toplumda eğitim düzeyi düşüktür, diğer toplumlarla ilişkiler sınırlıdır. Genellikle durumlarını kabul etmişlerdir. Ayrıca sorunlarına karşı bilgisizlik, dolayısıyla ilgisizlik vardır. Toplum, katılıma hazır değildir. Kendi kendisine harekete geçmesi, katılım göstermesi beklenemez.
 - c) Çeşitli nedenlerle toplumda ikilik bulunması katılımı engeller. Grup arasındaki zıtlıklar, anlaşmazlıklar, sürtüşmeler, çıkar çatışmaları, kan davası vb. nedenler toplumda ortak karar almayı ve birlikte hareket etmeyi zorlaştırır. Bunun en temel örneklerinden birisi köylerimizdeki muhtarlık çekişmeleridir. Bu tür bir toplumda halkın amaçlar doğrultusunda katılımında bulunmalarını sağlamak için önce toplumda birlik ve beraberlik oluşturmaya yönelik katılıma ağırlık verilmelidir.
 - d) Toplumda demokratik liderliğin gelişmemiş olması katılımı güçleştiren bir başka etkidir. Liderlik, özellikleri açısından otoriter liderlik ve demokratik liderlik olarak iki şekilde alınır. Otoriter liderliğe dayalı toplumlarda bütün otorite liderde toplanır ve iletişim hakları toplumun her üyesinde ayrı ayrı lidere uzanır. Karar için tek kaynak liderdir. Demokratik liderliğe dayanan toplumlarda; lider yine merkezi durumda olmakla beraber, üyeler arasında etkileşim vardır. Karar verme sürecinde üyelerde katılmaktadır.
-

Otoriter liderlik yapısı bulunan toplumlarda üyeler iletişim ve etkileşim olanağını pek bulamadıkları için toplum etkinliklerinden doyum sağlayamazlar. Verim düşüktür, liderlik toplum üyelerini eğitici nitelikte olamaz.

Demokratik liderlikte ise üyeler arasındaki iletişim ve etkileşim, onların toplum etkinliklerinden daha büyük düzeyde doyum sağlamalarını sağlar. Verim yüksektir. Liderlik işlevine katılma, üyeler arasında yeni liderlerin yetişmesine olanak sağlar.

Katılım demokratik bir süreç içerisinde toplumun içinden yetişmiş, topluma hedeflerini gösteren, onların hedeflere ulaşmaları için gereken hareketlere girişmelerini sağlayan liderlere ihtiyaç gösterir.

Demokratik liderliğin geliştirilmesi yoluyla toplum katılımının etkinliği artar.

- e) Gönüllü kuruluşların bulunmaması, azlığı ve ya etkin olmaması da toplum katılımını güçleştirir. Bireylerin, gruplar halinde çeşitli gönüllü kuruluşlar kurarak örgütlenmeleri ve gönüllü kuruluşların da çeşitli toplum hizmetlerinde görev almaları toplum katılımının etkin bir yönüdür. Bu kuruluşlar toplumdaki bazı ortak ihtiyaçlar için, yine toplumdan kişilerin kendi istekleri ile kurdukları dernekler, klüpler ve vakıflardır. Gönüllü kuruluşlar, devlet hizmetlerinin eksiklerini tamamlar, bazen de yeni hizmetlerin başlatılmasına öncülük ederler.

Gönüllü kuruluşların gelişmediği iyi işlemediği ve verimsiz kaldığı toplumlarda katılım da sınırlı kalır. Toplumun desteğini sağlayabilen ve toplumla iletişim içinde çalışan bir gönüllü kuruluş, toplum katılımı açısından en etkili araçtır. Bir toplumda etkin gönüllü kuruluşların bulunması, o toplumda bilinçli ve aktif katılım bulunduğunun göstergesidir. Bu nedenle gönüllü kuruluşların bulunmaması, azlığı veya etkin olmaması katılım açısından güçleştirici bir etkidir.

- f) Nüfus hareketleri: Köylerde kente göç etme isteği, kentlerde ise insanların bir çoğunun kendilerine ait konutu olmaması ve diğer nedenlerle sürekli yer değiştirmeleri katılımı güçleştirmektedir.

Bir bireyin, yaşadığı toplumda çeşitli etkinliklere ve hizmetlere katılması ile kendisini o toplumun bir üyesi olarak görmesi arasında yakın bir ilişki vardır. Ancak sürekli olarak kalmadığı ve kalamayacağını düşündüğü bir toplumda bireyin katılım eğilimi düşer.

-
- g) Deneyimler: Toplum katılımını sağlamak için önceden yapılmış bazı girişimlerdeki yanlışlıklar, başarısızlıklar vb. sonuçlarla edinilen olumsuz deneyimler de katılımı güçleştirici etkenler olabilmektedir.
- h) Hizmetin ulaşılabilirliği: Hizmete ulaşım bir hizmeti kullanabilme olanağıdır. Örneğin sağlık hizmetine ulaşabilenler, bu hizmetleri kullanabilmeleri beklenebilecek kadar yakında oturanlardır. Ya da hizmetin ayağına kadar götürüldüğü topluluklardır. Eğer hizmete ulaşabilme olanağı çok kısıtlı ya da mümkün olmayan topluluklar var ise, bu toplulukların toplum katılımı faaliyetlerine katılmaları da hizmete ulaşabildikleri kadar olacaktır.

2. Ekonomik Etkenler Nedeniyle Ortaya Çıkan Güçlükler

- a) Toplumun yoksulluğu: Gelir düzeyi düşük olan toplumlarda, özellikle ekonomik katkı gerektiren etkinliklere katılımı isteksizlik olabilir.
- b) Gelir dağılımındaki dengesizlikler: Toplumda yoksulluğun yanı sıra, gelir dağılımındaki eşitsizlikler de bazen katılımı olumsuz yönde etkilemektedir. Örneğin görünüşte tarım ve hayvancılığın iyi olduğu bir köyde, eğer üretim unsurları birkaç ailenin elinde ise, bu köyde tarım ve hayvancılığın geliştirilmesi yönünde yapılacak herhangi bir çalışmaya toplumun büyük bir kesimi ilgisiz kalacaktır.
- c) Kaynakların sınırlılığı ve finansman güçlükleri: Devlet ve toplum işbirliğine dayanan katılımcı çabalarda, kalkınma için gerekli olan iç ve dış kaynakların azlığı veya yokluğu, toplumun ekonomik katılım potansiyelinin düşük olduğu anlamına gelir. Toplumda psikososyal olarak beliren veya yaratılan katılım isteği, gerekli zaman ve yerde, devlet veya toplum tarafından finanse edilemez ise çoğu kez başarısızlıkla karşılaşması kaçınılmaz olur.

3. Politik ve Yönetimsel Etkenlerden Kaynaklanan Güçlükler

- a) Toplumun katılımını özendirecek ve destekleyecek yerel yönetimlerin bulunmayışı veya varolan yerel yöntemlerin toplum katılımının gereken önemi vermemeleri.

Yerel yönetimleri güçlendirilmemiş veya katılıma önem vermeyen toplumlarda toplum katılımı güçleşmektedir. Katılım sadece seçimlerde oy verme ile sınırlı kalmakta, yönetim bazı etkili grupların güdümüne girmekte veya biçimsel bir katılım olarak gözükmemektedir. Biçimsel bir katılımın önüne geçebilmek için her

şeyden önce katılma konusunda yönetimi etkileyebilecek bir işbirliği ve organizasyona gerek vardır.

- b) Katılımla ilgili bilgi ve beceriye sahip kamu yöneticileri ile görevlilerinin işbaşında olmaması, personel hareketliliği, bilgisizliği ve motivasyon eksikliği.

Her türlü verimli çalışmada ve başarıda “insan” en önemli unsurdur. Tüm gelişme çabaları insan çabalarının organizasyonuna dayanmaktadır. Çok iyi kuruluşlar oluşturulmuş ve bu kuruluşlar en iyi şekilde donatılmış bile olsa buralardaki personel istenilen niteliklere sahip değil ise işlerin istenen biçimde yürütülmesi mümkün olamaz.

Sağlık alanında toplum katılımı ile ilgili düzenlemeler, her ne kadar da 1960’lı yıllarda mevzuatımıza girmişse de bu konuyla ilgili uygulamalara çeşitli nedenlerle gereken önem verilememiştir. Buradaki en önemli etkenlerden birisi de sağlık personelinin bu konuda bilgi ve motivasyon eksikliği ve hareketliliğidir. Personele gerek örgün eğitimleri, gerekse hizmet içi eğitimleri sırasında bu konu ile ilgili yeterli eğitim verilmemiş ve onları motive edici çabalar yeterince gösterilmemiştir. Bunun yanı sıra özellikle mecburi hizmet anlayışına dayalı bir sistem içerisinde personel de hizmet verdikleri yörelerde bu tür faaliyetlere yer vermeyi ya yeterince benimsenmemiş ya da yeterli zamanı bulamamışlardır. Bunların yanı sıra personelin hizmet verdiği toplumun geleneklerine, göreneklerine uygun olmayan davranışları, toplum tarafından kabul edilebilirliğini ve iletişimini olumsuz yönde etkilemektedir.

- c) Mevzuattan gelen güçlükler: Yönetimin merkeziyetçi tutumundan kaynaklanan zorluklar, yerel toplumların gelişme, plan ve projelerinde değişiklik ihtiyacı belirince karşılaşılan bürokratik işlemlerin uzunluğu, katılımı özendirici yasa ve yönetmeliklerin eksikliği ve kurumlar arası işlemlerin, yazışmaların çok zaman alması gibi işleyişte daha çok mevzuattan kaynaklanan bazı güçlükler katılımı olumsuz yönde etkileyebilmektedir.
- d) Kalkınma plan ve programlarında yerel toplumlarda destekli katılım politikalarına öncelik ve önem verilmemesi, toplumun katılımını özendirecek yöntem ve yaklaşımların uygulanmaması gibi nedenler de katılımı güçleştirir.
- e) Kamu kuruluşlarının hizmet götördükleri toplumu tam olarak tanımaması ve topluma götüren hizmet ve etkinlikler için yeterli tanıtma ve eğitim çalışması yapılmaması.
-

Yönetmelik bilgiyi genişleten danışma hizmetleri, kitle iletişim araçlarının tanıtımında kullanılması, toplumla yüz yüze ilişkiler kurma, liderlerle ve gönüllü kuruluşlarla işbirliği kurma gibi yöntemler, toplumun kararlarda yer almasını ve düşüncelerin uygulamalara yansımalarını kolaylaştırır. Kamu hizmetlerinin topluma tanıtılmadığı ve toplumdaki gelen tepkilerin yönetimde algılanmadığı hallerde, toplumla hizmet birimleri arasında bir kopukluk başlayacak ve halkın katılımı söz konusu olamayacak, hatta toplumla kuruluşlar arasındaki ilişkilerde bozulmalar ortaya çıkacaktır.

- f) Toplum katılımına dayalı plan ve programların uygulama aşamasında ilgili kamu kuruluşlarının izleme, denetleme ve değerlendirme yapmalarını ve bu nedenle ortaya çıkabilecek güçlüklerin zamanında farkedilmemesi de toplum katılımını dolaylı olarak olumsuz yönde etkileyebilir.
- g) Son olarak toplumların katılım girişimlerinde yönetimlerin ve sağlık personelinin toplum için en iyi olanı bildiğini sanması, onlar adına doğru kararlar verdiğine inanması ve toplumla işbirliği içinde çalışmanın prestij ve otorite kaybına neden olacağını düşünmesi, katılımı güçleştiren ve varolan katılımın sürekliliğini tehdit eden bir etken olarak belirtmek gerekir.

Bölüm 4

Toplum Katılımını Sağlamada Önem Verilmesi Gereken Noktalar

Toplum katılımının belirtilen güçlüklerinin giderilmeye çalışılması, toplum katılımı çabalarının başarısı için gereklidir. Bu güçlüklerin üstesinden gelebilmenin temel koşulu ise, demokratik yapı ve işleyişlerin geliştirilmesi, toplumun kalkınmasında katılımcı politika ve yaklaşımların benimsenmesidir. Bu temel koşulu destekleyici olarak katılım sağlamada en çok önem verilmesi gereken diğer noktalar da şu şekilde özetlenebilir:

- a) Yerel yönetimler ve kamu görevlileri tarafından toplumun ve toplumsal yapının iyi tanınması, toplumla iyi ilişkiler kurulması ve toplumun güveninin kazanılması.
 - b) Toplumla çalışmalarda sabırlı, anlayışlı ve yönlendirmede bilgili ve becerili personelin görev alması.
 - c) Toplumda birlik yaratılması ve bütünlük duygusunun geliştirilmesi, varsa anlaşmazlıklarla ilgilenilmesi.
 - d) Toplumun ihtiyaç ve sorunlarının iyi belirlenmesi ve toplumun en çok önem verdiği ihtiyaçlardan (hissedilen ihtiyaç) hareketle, kendine yardım projelerinin uygulanması ve gerçekleştirilmesi.
 - e) Özellikle gelişmemiş toplumlarda (köy, gecekondu vb) yaşam düzeyini ve koşullarını geliştirici programlara ağırlık verilmesi.
 - f) Planlama sürecine toplumun temsilcileri yoluyla katılımlarının sağlanması ve bu çalışmaların denetlenmesi, planda sorunların bir bütün olarak ele alınması.
 - g) Toplumun karar verdiği ve harekete geçirildiği katılımcı çabalara uygun destek sağlanması ve bu çalışmaların denetlenmesi.
-

-
- h) Katılımın her aşamasında toplumun ilgisinin canlı ve sürekli tutulması, toplumda ortak ihtiyaç ve sorunlar için birlikte çalışma, güven ve gücünün geliştirilmesi.
 - i) Toplum ve hizmet birimleri arasında karşılıklı iletişim kanallarının iyi işletilmesi, çalışmalarla ilgili olarak toplumun bilgilendirilmesi ve bunun sonucunda gelen tepkilerin değerlendirilmesi.
 - i) Liderlerin tanınması, geliştirilmesi ve liderlerden yararlanılması.
 - j) Katılımı kolaylaştırmak amacıyla toplum gücünün organizasyonu, çalışma grupları oluşturulması ve gönüllü kuruluşların geliştirilmesi.
 - k) Yerel kaynakların en iyi şekilde kullanılması.
 - l) Toplumun katılımı konusunda etkin sağlık eğitimi yapılması,
 - m) Topluma yönelik olarak uygulanan her sağlık programının toplum katılımı ile ilgili boyutunun toplumla birlikte planlanması ve uygulanmaya konulması, toplumun bu şekilde harekete geçirilmesi,
 - n) Mevcut sistem ve mevzuat içerisinde toplum katılımının toplum katılımı ile ilgili boyutunun toplumla birlikte planlanması ve uygulanmaya konulması, toplumun bu şekilde harekete geçirilmesi.
 - o) Gönüllü kuruluşlar başta olmak üzere sağlığın gelişmesine katkıda bulunabilecek her türlü kurum ve kuruluşla işbirliği yapılması,
 - ö) Özellikle toplum eğitiminin sağlanabilmesi, toplumun yönetsel ve denetleme sürecine katılımın sağlanabilmesi ve kamuoyu oluşturulabilmesi için kitle iletişim araçlarının kullanılması.

Personelin toplumla ilişkilerini daha iyi kurması, sürdürmesi, topluma karşı görevlerini yerine getirebilmesi için böyle bir eğitime ihtiyaç vardır. Burada topluma kendilerini ilgilendiren konularda karar alabilme alışkanlığı kazandıracak eğitimlere de yer verilmesi gerekir. Gençliğin, kadınların ve toplumda yetişen liderlerin görevlerini daha etkin yapabilmeleri ve her çeşit gelişme çabalarında rol alabilmeleri için eğitilmeleri zorunludur.

EK 1
Toplum Katılımı Örnekleri

Aşağıda dünyada yapılan toplum katılımı çalışmalarından örnekler verilmektedir. Bu örneklerde çalışmaların tümü veya bir parçası özetlenmiştir.

1. İsrail’de uygulanan, toplum gönüllüleri aracılığıyla, toplumda kardiyovasküler hastalıklara yol açan risk faktörleri hakkında toplumun bilincini arttırma projesi

Sağlığı geliştirme çalışmaları daha sağlıklı çevre ve yaşam tarzını sağlayacak sağlık davranışlarını geliştirmek, halkın hastalıkların erken tanılarının önemi hakkındaki bilincini arttırmak ve sağlık hizmetlerinin en uygun kullanımını sağlamak için halkla sağlık personeli arasındaki işbirliğini, arttırmak amaçlarıyla yapılır.

Bu amaçlara ulaşmak için bu çalışmada profesyonel insangücünü en az kullanarak geniş kitlelere ulaşabilecek bir sağlık eğitim programı hazırlanmıştır.

Sağlık eğitiminde, geleneksel olarak sağlık eğiticisi gücünü doğrudan ilişkide olduğu kişileri etkilemek için kullanır. Bu eğitici ayrıca, bu kişilerin ilişkide olduğu diğer kişilere de mesajların iletilmesi nedeniyle dolaylı olarak ilişkidedir. Bu yöntemle, eğitimin etkinliği bir eğiticinin doğrudan ilişki kurabileceği hedef grubun ve bu kişilerin ulaşabileceği kişilerin genişliğiyle sınırlıdır.

Son 30 yılda sağlık eğitimi kavramlarında değişiklikler olmuştur. Eğitim programları, toplumun, kamu kaynaklarının, özel sektör ve sağlık çalışanlarının katkılarının en uygun kombinasyonu ile yürütülmeye başlanmıştır. Halk eğitimi için bu değişik yöntemlerin içinde en etkili olarak, toplumla iletişim sağlamak için eğitilmiş, bilgili ve etkili kişileri kullanmak gözükmektedir.

Halk eğitiminde beraber çalışılabilecek sağlık gönüllüleri, sağlıkla ilgilenen, bu ilgiyi kendi sağlık durumunu iyileştirmek için kullanan ve bu ilgiyi toplumda da yaratmak için çalışacak toplumdaki herhangi bir kişi olabilir. Bu kişilerin çalışmalarlarıyla toplumda etkilenebilecek kişi sayısı artar.

İsrail’in Negev bölgesinde 4 yılda 14 toplulukta söz konusu program başlatılmıştır. Bunlardan bir tanesi sadece bir konu üzerinde odaklanmıştır: Kardiyovasküler hastalıkların risk faktörleri. Bu konu, İsrail’de ölüm nedenlerinin başında kardiyovasküler hastalıkların bulunması nedeniyle seçilmiştir. Birçok çalışma, sağlık eğitimi yoluyla bu risk faktörlerinin değiştirilmesi ile kardiyovasküler hastalıkların önlenebileceğini göstermiştir.

Programın hedefleri aşağıdaki şekilde belirlenmiştir:

1. Gönüllülerin kardiyovasküler hastalıklara yol açabilecek risk faktörleri ile ilgili doğru sağlık davranışı geliştirmelerini sağlamak,
2. Eğitim ile, kendi toplumlarına sağlığı geliştirme mesajlarını iletebilmeleri için gerekli bilgi ve beceri geliştirmelerini sağlamak.

Programın duyurulmasından sonra, çalışmalarda yer almak üzere 65 gönüllü başvurmuştur. Bu kişilerle yapılan görüşmeler ve sosyodemografik bilgilerin edinilmesinden sonra, bu kişiler bir eğitime alınmışlardır.

Bu eğitim 27 hafta sürmüş ve 3 aşamadan oluşmuştur:

1. Aşama: 2 haftalık giriş bölümü

Bu aşamada kişiler programa katıldıkları için gerekli sorumluluk ve görevleri taşıyabileceklerine dair bir kağıt imzalamışlardır. Yine bu aşamada kişilerin sağlıkla ilgili bilgi, tutumları ve sağlık durumları (kan basıncı, kalp hızı, ağırlık, boy, sağlık geçmişi, kardiyovasküler hastalıkların risk faktörlerine ilişkin sağlık davranışları) belirlenmiştir. Projenin çerçevesi katılımcılarla tartışılmış, katılımcılarla planlamacılar arasında uyum sağlanmıştır.

2. Aşama: 7 hafta

Bu aşamada kardiyovasküler hastalıklar ve risk faktörleri (beslenme, sigara kullanımı, fizik aktivite, stres) hakkında yoğun bir eğitim sürdürülmüştür.

3. Aşama: 18 hafta

Bu aşama, dersler, tartışma oturumları ve saha çalışmaları ile devam etmiştir. Bu bölümde kişilerin bilgilerini arttırmak ve ilgilerini sürdürülebilmek için genel sağlık konularında, iletişim teknikleri hakkında dersler yer almıştır. Yürütülen saha çalışmalarının değerlendirilmesi ve karşılaşılan sorunların çözümüne yönelik tartışmalar sürdürülmüştür.

Projenin 3. aşaması sırasında katılımcılarla birlikte projenin ayrıntılı uygulama planı yapılmıştır.

Uygulama sırasında kişiler ev halkıyla görüşmeler yapmak için ev ziyaretleri yapmışlardır. Çalışma süresince toplam 612 ev ziyareti yapılmış, 1210 kişiyle görüşülmüştür. Ev ziyaretleri aşağıdaki plan çerçevesinde sürdürülmüştür:

- Giriş ve ilgi yaratmak amacıyla, projenin hedeflerinin ve olası sağlık yararlarının anlatılması,
- Kişilerin sağlığı geliştirme konusundaki bilgi ve tutumlarının belirlenmesi,

- Kardiyovasküler hastalıkların risk faktörleri ile ilgili ayrıntılı yaşam tarzının sorgulanması,
- Sağlık durumunu iyi ve kötü yönde etkileyen davranışların belirlenmesi,
- Sağlıklarını iyi yönde etkileyen davranışlarının ortaya çıkarılarak, bunların mesajlar yoluyla geliştirilmesi, diğer davranışlarla ilgili mesajların iletilmesi.

İzleme ziyaretleri sağlıkla ilgili mesajların tekrarlanması ve ilk ziyaretin sonucu olabilecek değişiklikleri izlemek için yapılmıştır.

Katılımcıların proje faaliyetlerini değerlendirmeleri aşağıdaki gibi olmuştur. Katılımcıların:

- %91'i eğitim materyalini ve eğitimin veriliş tarzını yeni ve yeterli bulduklarını,
- %55'i planlama çalışmaları ve halkla ilişkide olmaktan zevk aldıklarını,
- %13'ü projenin halkla çalışmalar bölümünden daha fazla zevk aldıklarını,
- %5'i planlama çalışmaları ve projenin tartışılması aşamalarını tercih ettiklerini,
- %13'ü saha uygulamalarının hiçbir aşamasını sevmediklerini,
- %41'i iletişim becerilerinin arttığı ve kişiler arası ilişkilerde daha başarılı olduklarını bildirmişlerdir.

Gönüllülerin ve görüşme yapılan kişilerin kardiyovasküler hastalıkların risk faktörleri ile ilgili sağlık alışkanlıkları araştırıldığında, istatistiki olarak anlamlı değişimler olduğu gözlenmiştir.

2. Nikaragua'daki bir madenci toplumuna yönelik olarak yapılan sağlık müdahalesi projesinin sonuçları

1979 yılında, Nikaragua'daki 40 yıllık diktatörlük rejimi yıkılmış, yeni hükümet ise Latin Amerika standartlarına göre zayıf bir halk sağlığı ortamıyla karşılaşmıştır.

Şöyle ki:

- Toplumun %50'si, ulusal gelirin ancak %16'sını paylaşıyordu.
 - Toplumun %41'i temel besin ihtiyacını karşılayamayacağı düzeyde bir gelire sahipti.
 - Kırsal kesimde yaşayanların %94'ü sağlıklı içme suyuna ulaşamıyordu.
 - Evlerin %47'sinde sağlığa uygun tuvalet ve atık suların giderilmesi sistemi bulunmuyordu.
 - 5 yaşın altındaki çocukların %68'inde beslenme bozukluğu gözleniyordu.
 - Beklenen yaşam süresi 52 yılıdı.
-

-
- Ölümlerin ilk nedeni ishalleri hastalıklardı. Bunu pnömoni, kızamık, tetanos ve sıtma gibi diğer bulaşıcı hastalıklar izliyordu.

Bu sorunları giderebilmek için 1979 yılında bir dizi sağlık politikası geliştirilmiştir. Sağlık politikalarının amaçlarından bir tanesi, var olan gelişmemiş tedavi edici sağlık hizmetlerine ulaşımı arttırmak, bu hizmetleri modernize etmek ve koruyucu sağlık hizmetleri sistemini kurmaktır. Bu amaç doğrultusunda ilk aşamada, koruyucu sağlık sisteminin altyapısı oluşturulmaya başlanmıştır. Değişik coğrafi bölgelerde bir çok sağlık ocağı inşa edilmiş ve aşılama, çevre sağlığı, sağlık eğitimi koruyucu hizmetler yanında, tedavi edici sağlık hizmetleri de bu ocaklara yerleştirilmiştir. Koruyucu sağlık hizmetleri, oluşturulan sağlık politikaları doğrultusunda toplum katılımı sağlayan bir sistem içinde sürdürülmüştür.

Yeni sağlık sistemi ile birlikte, varolan sağlık sorunlarının neler olduğu hakkında daha fazla bilgi edinmek amacıyla, uygun bir sağlık enformasyon sisteminin kurulmasına gereksinim doğmuştur. Yapılan bu çalışmada da sağlık enformasyon sisteminin oluşturulmasının iki amacı vardır:

1. Toplumunu tanıma yaklaşımları kullanılarak madenci toplumunun yaşam koşulları, çalışma ortamları ve sağlık durumları hakkında bilgi toplamak,
2. Halk sağlığı planlamaları ve uygulamaları için bir bilgi altyapısını oluşturmaktır.

Çalışma, köylerde bulunan halk kurulları ile işbirliği içinde tasarlanmış ve onların aktif destek ve katılımları ile birlikte yürütülmüştür. Toplum katılımı bu çalışmanın önemli bir parçası olmasının yanı sıra çalışmanın da amaçlarından birini oluşturmaktadır.

Çalışma izole bir altın madeni toplumunda yürütülmüştür. Mina el Limon yaklaşık 170 km² lik alana yayılmış, tepelik, kuru ve volkanik bir arazidir. Buradaki altın madeni 3 ayrı oturma birimi oluşmasına neden olmuştur. Ana ekonomik uğraş altın madenciligidir. Çalışmanın başlangıcında orada yaşayan kişilerle ilgili hiçbir bilgi bulunmamıştır.

Çalışmanın evrenini altın madeni çevresinde oturan tüm kişiler oluşturmaktadır. Çalışmanın 2 bölümü bulunmaktadır:

1. Toplumun genel sağlık ve yaşam koşullarını belirlemek,
2. Madende çalışanların sağlık ve çalışma ortamlarıyla ilgili bilgi edinmek.

Toplumun geneli ile ilgili bölümün amacı, toplum hakkında temel tanımlayıcı bilgiler edinmektir. Bunun içinde sağlığın değişik yönleriyle ilgili bilgi toplamak

da bulunmaktadır. Elde edilmesi gereken bilgilerin neler olduğu halk kurulları ile yapılan sayısız toplantılarda belirlenmiştir.

Nüfusun yapısı ve genişliği, eğitim ve ev yaşam koşulları hakkındaki bilgiler, varolan 6 halk kurulunun temsilcileri ve eğitilmiş 30 gönüllü tarafından toplanmıştır. Bu kişiler tüm evleri ziyaret etmiş, gözlem ve görüşme sonucunda elde ettikleri bilgileri basit bir form üzerine işaretlemişlerdir. Morbidite ve mortalite ile ilgili bilgiler sağlık ocağı kayıtlarından elde edilmiştir. Beslenme durumu ile ilgili bilgiler, 6 yaşın altındaki tüm çocukların boy ve ağırlıklarının ölçülmesi sonucunda elde edilmiştir. İçme suyunun kalitesi, içme suyundan bakteriyolojik analiz için numune alınarak belirlenmiştir. Kültürel faaliyetler, toplum içindeki iletişim biçimleri, tarihsel geçmiş ve yerel sağlık sistemi hakkındaki diğer bilgiler ise toplum kurulları temsilcileri ve yaşlılarla yapılan görüşmeler sonucunda elde edilmiştir.

EK 2
Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin
Sağlık Kurulları Yönetmeliği

(15.3.1969 gün ve 13149 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır.)

KAPSAM

MADDE 1.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine dair 224 sayılı kanunun 23’ncü maddesindeki hükümlere göre hazırlanan bu yönetmelik, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde uygulanır.

AMAÇ

MADDE 2.

Sağlık Kurulları, Sağlık hizmetlerinin başarı ile yürütülmesi için, Sağlık Kuruluşlarıyla halk arasında iyi münasebetler kurulması ve devam ettirilmesini, maddi ve manevi işbirliğinin temini ile halkın sağlık teşkilatından istediği hususların ilgililere duyurulmasını sağlar.

KURULUŞ

MADDE 3. 2’nci maddedeki amaçlara ulaşabilmek için teşkilatın çeşitli kademelerinde "Sağlık Kurulları" kurulur.

a. Sağlık Ocağı Sağlık Kurulları

(1) Köylerde ve Bucaklarda:

Ocak tabibi başkanlığında, Ocağın bulunduğu yerin varsa Belediye Başkanı, Mahallelerle, Ocak Bölgesi Köylerinin Muhtarları, Ocağın bulunduğu köyün varsa Ortaokul Müdürü, İlkokul Müdürü, Merkez ve bağlı köylerin imamı köye yaptığı hizmetlerden ve sosyal çalışmalarından dolayı halkın sevgi ve saygısını kazanmış köy ihtiyar heyetlerince seçilen halktan birer kişinin katılmasıyla kurulur. Oya katılmamak kaydıyla tıbbi sekreter kurulun sekreterliğini yapar.

(2) İlçe Merkezlerinde:

Ocak Tabibi Başkanlığında ilçe Belediye Başkanı, ilçe Merkezindeki mahallenin Muhtarları, varsa bölgeye dahil köylerin Muhtarları, Lise veya Ortaokul ve İlköğretim Müdürü, İlçe Veterineri, İlçe Ziraat Teknisyeni, Müftü hizmetleriyle ve sosyal faaliyetleriyle halkın sevgi ve saygısını kazanmış Belediye Meclisince seçilen halktan 1 kişinin iştirakiyle kurulur.

İlçe Merkezinde 1'den fazla Ocak bulunması halinde Sağlık Müdürlüğünce ocaklardan biri tespitle devamlı olarak vazifelendirilir. Diğer Ocak Tabipleri kurula katılır. Oya katılmamak kaydıyla toplantı yapılan ocağın tıbbi sekreteri kurulun sekreterliğini yapar.

b. Sağlık Merkezleri Sağlık Kurulları:

Sağlık Merkezi Baştabibinin Başkanlığında İlçe dahilindeki Ocak tabipleri, İlçe Belediye Başkanı, Lise veya Ortaokul ve İlköğretim Müdürü, İlçe Veterineri, İlçe Ziraat Teknisyeni, Müftü, İlçe merkezindeki mahallenin muhtarları varsa bölgeye dahil köylerin muhtarları, hizmetleri ve sosyal çalışmalarıyla halkın sevgi ve saygısını kazanmış Belediye meclisince seçilen halktan bir kişinin katılımıyla kurulur.

Hastanesi bulunan ilçelerde, kurulun Başkanlığını hastane Baştabibi yapar. Oya katılmamak kaydıyla sağlık merkezi veya hastane idare memuru, kurulun sekreterlik görevini yapar. Sağlık Merkezi veya hastane bulunan yerlerde, sağlık ocağı bulunması halinde ayrıca ocak sağlık kurulu kurulamaz.

c. İller Sağlık Kurulları :

(9,6,1969 gün ve 13218 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin Sağlık Kurulları Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Ek Yönetmelik uyarınca değişik şekli)

Vali veya tevkil edeceği Vali Muavinlerinden birinin başkanlığında, Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürü, İl Belediye Başkanı, Askeri Garnizonun en büyük Sağlık Amiri, Mahalli Tabip Odası Başkanı veya bağlı bulunduğu Tabip Odasının Temsilcisi, Milli Eğitim Müdürü, Veteriner Müdürü, Teknik Ziraat Müdürü, Bayındırlık Müdürü, Özel İdare Müdürü, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı Tedavi Kurumları Baştabipleri, Müftü, İl Daimi Encümeninden 2 üye, Belediye Meclisinden 2 üye, Sağlık Müdürlüğünce seçilecek bir serbest Tabip, Mahalli Kızılay, Çocuk Esirgeme, Yardım Sevenler, Verem Savaş Derneklerinden birer temsilci, Sosyal Hizmet Mütahassısı, Valilikçe seçilecek Basından 2 temsilci ve Mahalle Muhtarlarının katılımıyla kurulur. Sağlık Müdürlüğü Başkatibi Kurulun sekreterlik görevini yapar. Oylamaya katılmaz.

SAĞLIK KURULLARININ GÖREVLERİ:

MADDE 4.

Sağlık Kurulları, kuruluş amaçlarının tahakkuku için:

a. Halkın İstedikleri ve Hizmeti Engelleyen Sebepler

- (1) Halkın sağlık teşkilatından istediklerini öncelik sırasına göre tesbit ve müzakere eder.
- (2) Sağlık hizmetlerinin halkın ayağına kadar götürülmesini engelleyen sebepleri inceler. Bu konuda alınmasını gerekli ve faydalı bulduğu tedbirleri tesbit eder.
- (3) Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde halkın nasıl ve ne şekilde yardımcı olacağını tesbit eder, Adet, gelenek ve inanışları hakkında bilgi toplar.
- (4) Halkın sağlık teşkilatı ile işbirliğini temin için lüzumlu tedbirleri tesbit eder.

b. Çevre Sağlığı Hizmetleri

- (1) Köy, kasaba ve şehirlerdeki çevre sağlığı şartlarında rastlanan aksaklıkları tespit ile bunların giderilmesi için alınmasını lüzumlu ve faydalı gördüğu tedbirleri tespit eder.
- (2) Çevre sağlığı şartlarının ıslahı hususunda halkın yapabileceği hizmetlerde ona yol gösterir ve bu konuda onunla sağlık teşkilatı ve diğer kuruluşların işbirliği ve bağlantısını sağlar.
- (3) Hıfzıssıhha kurullarınca müzakeresi talep edilen hususları tespit ettiği gibi, Hıfzıssıhha kurulu kararlarının da bölgesindeki tatbikinde gerekli yardımı yapar.

c. Toplum Sağlığı Hizmetleri

- (1) Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklarla Sosyal Hastalıkların zamanında tesbiti ile ilgili makamlara duyurulmasını ve hastalıklara karşı lüzumlu tedbirlerin vaktinde süratle alınmasını engelleyen sebepleri tespit eder. Halkın bulaşıcı hastalıklarla sosyal hastalıklara karşı sağlık teşkilatı tarafından alınacak tedbirlerde teşkilata yardımcı olmasını ve onunla maddi-manevi işbirliği kurulmasını sağlar.
 - (2) Ana ve çocuğun sağlığının korunmasıyla nüfus planlaması kuruluşlarında daha önceki parağraf esasları çerçevesinde lüzumlu gördüğu hususları tesbit eder.
-

-
- (3) Besin maddelerinin hazırlanma ve satılmasında ve halkın beslenmesinde sağlığı olumsuz yoldan etkileyici sebepleri inceler, bu etkilerin ve aksaklıkların ortadan kaldırılmasında faydalı gördüğü hususları tesbit eder.
 - (4) Meyve, sebze, bitkiler ve tohumların hastalıkları ile savaşta kullanılan bazı ilaçlardan meydana gelen zehirlenmelere karşı alınması faydalı görülen tedbirleri tespit eder.

d. Sosyal Hizmet Faaliyetleri

- (1) Fakirlere, felaketzedelere, korunmaya muhtaç çocuklara, yaşlılara acezeye, sakatlara, sosyal hastalıklardan birine müptela olanlara yardım sağlama konularında, hayır kurum ve dernekleriyle işbirliği sağlar.
- (2) Toplum kalkınması hizmetleri için Halk liderlerinin bulunmasını, bölgenin hususiyeti ve arzettiği imkanlar çerçevesinde, Tarım, Meyvecilik, Hayvancılık, Küçük El Sanatları gibi işlerin gelişmesini sağlamak amacıyla ilgili kuruluşlarla bağlantı sağlar.

e. Eğitim Hizmetleri:

İnsan biyolojisi hijyen, Ana ve Çocuk Sağlığı Beslenme, Kazalardan Korunma ve İlk Yardım, Akıl ve Ruh Sağlığı, Nüfus Planlaması, Çevre Sağlığı, Bulaşıcı ve Sosyal Hastalıklarla Savaş, Sağlık hizmet ve müesseselerinden yararlanarak, sosyal hizmetler gibi konularda halkı aydınlatıcı ve onun hizmete katkısını sağlayıcı konferanslar, göze ve kulağa hitap eden her türlü demonstrasyon programını kapsayan eğitim planlarının düzenlenmesi için, konularını tesbit eder. Bu konudaki plan ve programların gerçekleşmesini sağlamak amacıyla resmi ve özel kuruluşlar ile işbirliği yapar.

TOPLANTILAR VE BÜRO HİZMETLERİ

MADDE 5.

- (1) Sağlık kurulları normal olarak 3 ayda 1 toplanırlar. Başkanın veya üye tam sayısının 3'te birinin göstereceği lüzum üzerine, olağanüstü toplantı yapılabilir.
-

- (2) Toplantılar, üye tam sayısının yarısından bir fazlasıyla yapılır. Karar çoğunlukla verilir. Oyların eşitliği halinde, Başkanın bulunduğu tarafın kararına uyulur.
- (3) Toplantı günü yeri ve saati mahalli idare amirinin bilgisi altında 10 gün önce ilgililere duyurulur.
- (4) Alınan kararlar, kurul dağılmadan kurul defterine kaydedilerek ilgililer tarafından imzalanır. Daha sonra, karar örnekleri ilçelerdeki kaymakamlara, İl Merkezinde Vilayet Makamına ve kararla ilgili makam ve kuruluşlara gönderilir.

MADDE 6. Bu yönetmelik yayın tarihinden itibaren yürürlüğe girer.

MADDE 7. Bu yönetmeliği Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yürütür.

KAYNAKLAR

1. Ana ve Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler, Bölüm 1, Toplum Tanıma, Unicef, Ankara, 1993.
 2. BENTAL, T., PARAN, E., Increasing Public Awareness of the Risk of Cardiovascular Disease Using "Health Activists" in a Community Health Project in Israel: a feasibility study, J. Human Hypertension, 4:356-361, 1990.
 3. BÜLBÜL, S., Halk Eğitime Giriş, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını, Etam A.Ş Web-Ofset, Eskişehir, 1991.
 4. Community Participation in Health and Development in the Americas, Pan American Health Organization, Scientific Publication No: 473, 1984.
 5. Development and Strengthening of Local Health Systems in the Transformation of National Health Systems-Social Participation, Pan American Health Organization, 1990.
 6. GERAY, C., Halk Eğitimi, Ankara Üniversitesi, Ankara, 1978.
 7. HOŞGEÇİN, K., Sağlık Alanında Sektörlerarası İşbirliği, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, Ankara, 1994.
 8. KARTOĞLU, Ü., Temel Sağlık Hizmetlerinde Toplum Tanıma ve İletişim, Türk Tabipler Birliği, Sürekli Tıp Eğitimi Dizisi 1, Ankara, 1992.
 9. KOÇYİĞİT, Ş., Toplumsal Hizmetlerde Halk Katılımı, Ankara, 1992.
 10. Leadership and Community Participation for Health, Part I, Contact, No:128, 1992.
 11. Leadership and Community Participation for Health, Part II, Contact, No:129, 1993.
 12. Measurement In Health Promotion and Protection, WHO Regional Publications, European Series No.22
 13. MUHONDWA, E.P.Y., Rural Eevelopment and Primary Health Care in Less Developed Countries, Soc. Sci. Med., 22-11:1247-1256, 1986.
-

14. PENA. R., THORN, A., Aragon, A., Results from a Community Intervention Project in the Nicaraguan Mining Community El Limon. An Overview, Soc. Sci. Med. 38-4:623-629, 1994.
 15. Temel Sağlık Hizmetleri Alma Ata 1978, UNİCEF-TETM (Alman Teknik İşbirliği – GTZ), Ankara 1980.
 16. TEZCAN, M., Sosyal ve Kültürel Değişme, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1984.
 17. TEZCAN, M., Eğitim Sosyolojisi, Zirve Ofset, Ankara, 1992.
 18. Toplum Katılımı, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, Ankara, 1993.
-

SAĞLIK PROGRAMLARI

Birinci Basamak Sağlık Personeli İçin

8. Basım

ANKARA - 2001

1. Basım : 500 Adet, Ankara - Nisan, 1995
2. Basım : 3000 Adet, Ankara - Haziran, 1995
3. Basım : 2000 Adet, Ankara - Ekim, 1995
4. Basım : 2500 Adet, Ankara - Şubat, 1996
5. Basım : 4000 Adet, Ankara - Temmuz, 1996
6. Basım : 6220 Adet, Ankara - Aralık, 1996
7. Basım : 2500 Adet, Ankara - Ocak, 1999
8. Basım : 4000 Adet, Ankara - Nisan, 2001

ISBN : 975 - 7572 – 75 - 6

Bu eğitim materyali, birinci basamak sağlık personelinin uyum eğitimlerinde kullanılmak üzere T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından bastırılmıştır. Her hakkı saklıdır. Kaynak gösterilerek kullanılabilir. Bu kitabın bir kısmının ya da tamamının çoğaltılması için Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nden izin istenebilir.

Basıldığı Yer :Barok Matbaacılık Tel : 417 80 76 Faks : 425 18 10 ANKARA

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Giriş	1
15 – 49 Yaş Kadın İzlemleri	3
Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri	4
Güvenli Annelik II	6
Sağlıklı Doğum	7
Doğum Sonrası Bakım Hizmetleri	8
Aile Planlaması Programı	9
Kontraseptif Lojistiği ve Yönetim Bilgilendirme Sisteminin Geliştirilmesi Programı	10
Aile Sağlığı Eğitim Programı	12
Ebe, Hemşire ve Hekimler İçin Aile Planlaması Uygulama Eğitimi Programı	13
Tıp Fakültelerinde Aile Planlaması Eğitimlerini Güçlendirme Projesi	14
Bilgilendirme - Eğitim - İletişim (BEİ) Desteği Projesi	15
Halk Eğitimini Geliştirme Projesi	18
Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının (ASYE) Kontrolü Programı	19
İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması	20
Büyümenin İzlenmesi	21
Anne Sütünü Teşviki, Bebek Dostu Hastaneler	22
Güvenli Annelik ve Yenidoğan Bakımı	24

	Sayfa
Fenilketonüri Tarama Programı	26
Ağız ve Diş Sağlığını İyileştirmede Flor Kullanımı	27
İshalli Hastaların Kontrolü Programı	28
Kanser Kayıt ve İnsidans Programı	29
Kanser Erken Tanı ve Tarama Merkezleri Programı	30
Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı	31
Ulusal Diabet Programı	32
Genişletilmiş Bağışıklama Programı	33
Polio Eradikasyonu Programı	35
Neonatal Tetanos Eliminasyon Programı	36

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde birincil amaç, bu hizmetten yararlanan kişilerin sağlık düzeyini yükseltmektir. Herhangi bir hizmeti geliştirebilmek için, söz konusu hizmetin daha önceden bir takım verilere veya varsayımlara dayalı olarak planlanmış, uygulanmış veya uygulanmakta olması ve mutlaka değerlendirilerek yeniden planlanması gerekir. Sağlık gibi nihai hedefi olmayan alanlarda geliştirme süreci sonu olmayan bir faaliyettir. Bu nedenle, geliştirme süreci; planlama, uygulama, değerlendirme, yeniden planlama, uygulama, değerlendirme, yeniden planlama, gibi aşamaları sürekli olarak tekrarlanan dönemlerden oluşan bir dinamik süreçtir.

Sağlık hizmetlerini geliştirme sürecinde, birbirini izleyen her aşama önemli olmakla birlikte, bir aşama (ülkemizde önemi yeteri kadar anlaşılmadığı için), daha ön plana çıkmaktadır. Bu da, değerlendirme aşaması yada aşamalarıdır. Sağlık hizmet sunumu bir bakışta veya bütününe bakarak değerlendirebilmek kolay bir iş değildir. Bu iş, ağaçların farkına varılmadığı bir ortamda ortamın tanımlanmasına benzetilebilir.

Sağlık hizmeti sunumunu türlerine veya basamaklarına göre sınıflamak mümkün ise de, böyle bir sınıflamayı hizmeti değerlendirmede kullanmak pratik değildir. Bunun temel nedeni de, sağlık hizmet sunumunun geniş bir alanı kapsamaması ve hizmeti etkileyen faktörlerin çok sayıda ve zaman içinde değişebilir olmasıdır.

Bu sorunu çözebilmek için bugün program yaklaşımı kullanılmaktadır. Program, bir çerçeve planının (ana planın) kısa bir zaman dilimini yansıtan ayrıntılı iş planıdır. Ülkemizde temel sağlık, sağlık hizmetlerini bir plan olarak öngörecekt olursak, bu planın altında bir çok sağlık programını görmek mümkün olacaktır. Program, planın öngördüğü bir kısım işlerin nerede, kim tarafından, ne zaman, nasıl yapılacağını açıklayan çalışma planıdır.

Uygulamada karışıklıklara neden olduğu için, programın yanı sıra proje kavramına da değinmek gerekirse; “Proje”, başlama ve bitiş tarihleri belirli olan, özel bir amacı gerçekleştirmek için yapılan planlardır. Bunlara “özel planlar” da denilebilir. Örneğin, 1991 - 1996 yılları arasında seçilmiş 8 ilde uygulanmakta olan Birinci Sağlık Projesi. Birinci Sağlık Projesi; Sağlık bakanlığı “Temel Sağlık Hizmetleri Ana Planı”nın altında yer alan “özel plan”dır.

Her alanda program yada programlar olabileceği gibi, sağlık alanında da

programlar vardır. Bunlara da “sağlık programları” denilir. İşte bu bölümde, illerinizde yürütülmekte olan temel sağlık hizmetleri ağırlıklı “Sağlık Projesi” nin, yani özel bir planın, içinde yer alan bazı “sağlık programları”na, bir başka deyişle ayrıntılı iş planlarına, değineceğiz. Örneğin, ishali hastalıkların kontrolü programı, bağışıklama programı vb. gibi.

Bir sağlık programının; tanımlanmış amacı ve hedefi, bunlar doğrultusunda belirlenmiş faaliyetleri, faaliyetleri uygulayabilmek için gerekli kaynakları ve değerlendirilmesi için uygun ölçütleri olmalıdır. Bir ili veya iller grubunu ya da ülkeyi ele aldığımızda, bir araya getirilmiş sağlık programları ve bu programların yukarıda tanımlanan özellikleri, söz konusu birimin bir kısım sağlık hizmetlerini, bir başka deyişle sağlık ana planını ya da özel planını tanımlar. İşte, birinci basamak sağlık hizmetleri veya bir ilde yürütülen temel sağlık hizmetleri bir araya gelmiş birden çok sağlık programından oluşmuştur.

Bugün, sağlık hizmetleri içinde “özel olarak geliştirilmesi istenen faaliyet demetleri” birer sağlık programı olarak tanımlanmıştır. Rutin hizmet içinde karşılaştığımız ama herhangi bir tanımlanmış programa ait olmayan faaliyetlerde mevcuttur. Aslında bunlar da, adı konmamış programların faaliyetleridir. Örneğin, bir sağlık ocağı ekibi tarafından bölgesindeki bir ilkokulun sağlık koşullarını iyileştirmeye yönelik yapılan bir ziyaret, adı konmamış bir okul sağlığı programının faaliyetlerinden birisidir. Aslında bu tip faaliyetler de bir program yaklaşımı ile tanımlanmalıdır.

Bir amaç altında toplanmış faaliyetleri bir program çerçevesinde değerlendirebildiğimiz ölçüde, hizmetin içinde yer alan faaliyetler bir bütünlük içinde daha etkili ve anlamlı bir yapıya kavuşacaktır. Böylece, sağlık hizmetlerinin ölçülebilirliği ve geliştirilebilirliği artacaktır ki, bu da program yaklaşımının temel çıktısını oluşturur.

KAYNAK: Öztekin, Z. Sağlık Hizmetlerinde Planlama-Temel İlkeler ve Teknikler, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, Ankara, 1995.

PROGRAMIN ADI	: 15-49 YAŞ KADIN İZLEMLERİ
AMACI	: 15-49 yaş arasındaki bütün kadınların yılda 3 kez o bölgeden sorumlu ebe tarafından izlenmesini sağlamak
HEDEFLERİ	: * Kadınların doğurganlık davranışlarına dair bilgi edinmek. * Riskli durumları saptamak. * Gebeliğin erken dönemde tespitini sağlamak ve; * Aile planlaması yöntem kullanımı hakkında bilgi sahibi olmak
YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER	: * 15-49 yaş formu esas alınarak, ebenin çalışma bölgesindeki 15-49 yaş arasında bulunan bütün kadınlar yılda 3 kez evlerinde ziyaret edilerek gerekli bilgiler forma kaydedilir. * Kadın sağlığı ve aile planlaması konularında eğitim ve danışmanlık hizmeti verilir.
UYGULANDIĞI İLLER	: Bu programlar rutin hizmetler arasında yer almakta olup, ülke genelinde sürekli olarak uygulanmaktadır.
SORUMLU BİRİM	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

- PROGRAMIN ADI** : **DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİ**
- AMACI** : Anne sağlığı düzeyini yükseltmek, ana ölüm hızını düşürmek.
- HEDEFLERİ** :
- * Gebeleri erken dönemde tespit etmek,
 - * Gebelerin gebelik dönemi boyunca sağlık kontrolü altında bulunmasını sağlamak,
 - * Riskli durumları saptamak ve bunlara özel yaklaşım geliştirmek,
 - * Gebelere tetanos aşısının yapılmasını sağlamak,
 - * Doğumun yapılacağı yere karar vermek,
 - * Fetüsün durumunu değerlendirmek,
 - * Anneye kişisel hijyen, beslenme, bebek bakımı, doğuma hazırlık ve aile planlaması gibi belli başlı konularda eğitim verilmesini sağlamak,
- YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER** :
- * Sağlık personeli (ebe, hemşire) tarafından gerek sağlık kuruluşuna davet edilerek, gerekse evlerinde ziyaret edilerek belirli bir takvim çerçevesinde gebelere doğum öncesi bakım hizmeti verilmektedir.
- Nitelikli Doğum öncesi Bakımın Unsurları şunlardır:
- * Gebenin öyküsü alınır,
 - * Gebenin gözle muayenesi alınır,
 - * Gebenin kan basıncı, kilosu, boyu ölçülür,
 - * Vajinal tuşe ile doğum yolu fetüsün durumu değerlendirilir,
 - * Karının dıştan elle muayenesi (Leopold) yapılır,
 - * Gerekli laboratuvar muayeneleri (Hb.,Rh., İdrar Protein) yapılır,
- * Gebenin durumu değerlendirilir,
 - * Gerekli eğitim yapılır, önerilerde bulunulur, gerekiyorsa hekime gönderilir,
-

* Bulgular kayıt sistemine geçirilir.

- UYGULANDIĞI İLLER** : Bu programlar rutin hizmetler arasında yer almakta olup, ÷lke genelinde sürekli olarak uygulanmaktadır.
- SORUMLU BİRİM** : Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü
-

- PROGRAMIN ADI** : **GÜVENLİ ANNELİK II**
- BAŞLAMA TARİH** : 1995
- AMACI** : Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin entegre, güçlü ve yaygın biçimde sunulmasını sağlamak.
- HEDEFLERİ** : * Güvenli annelik yaklaşımı çerçevesinde; nitelikli doğum öncesi bakım hizmetinin verilmesini, hizmete risk yaklaşımının getirilmesini, acil durumlarda ve gerekli hallerde bir sevk sistemi içinde uygun koşullarda sevklerin yapılmasını, kadın sağlığı, yeni doğan ve aile planlaması konularında uygulama ve entegre hizmetiçi eğitim verilmesini, hizmete uygun olarak alt yapının getirilmesini sağlamaktır. Aynı zamanda, ana ölüm hızının % 50 oranında azaltılması yönündeki ulusal hedefe katkı sağlamak ve perinatal ölüm hızını düşürmektir.
- YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER** : * Sağlık personeli ve halkın eğitimi,
* Alt yapı geliştirme çalışmaları,
* Sadece aile planlaması hizmeti veren kliniklerin kurulması,
* Gönüllü kuruluşlar aracılığıyla topluma dayalı sağlık hizmeti sunumu,
- UYGULANDIĞI İLLER** : Adana, Ankara, Diyarbakır, İstanbul illeri
- SORUMLU BİRİM** : Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü
-

- PROGRAMIN ADI** : SAĞLIKLI DOĞUM
- AMACI** : Tüm doğumların sağlık personelinin kararı doğrultusunda sağlık kuruluşunda veya sağlık personeli nezaretinde evde yapılmasını sağlamak.
- YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER** : Doğum öncesi bakım hizmetleri sırasında doğum yönünden gebenin durumu değerlendirilerek, doğumun nerede yapılmasının uygun olacağı kendisine bildirilmektedir.
- UYGULANDIĞI İLLER** : Bu programlar rutin hizmetler arasında yer almakta olup, ülke genelinde sürekli olarak uygulanmaktadır.
- SORUMLU BİRİM** : Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü
-

PROGRAMIN ADI	: DOĞUM SONRASI BAKIM HİZMETLERİ
AMACI	: Doğum sonrası dönemde anneye sağlık hizmeti bakımı vermek.
HEDEFLERİ	: * Doğum sonrası anneyi kanama ve puerperal enfeksiyondan korumak ve buna bağlı anne ölümlerini azaltmak, * Hijyen ve beslenme konularında anneyi bilgilendirmek, * Aile planlaması yöntemleri hakkında anneye danışmanlık hizmet vermek,
YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER	: Doğum sonrası ve lohusalık bakımı vermek için o bölgedeki (ebe-hemşire) anne 3 kez evde ziyaret edilerek izlenmektedir.
UYGULANDIĞI İLLER	: Bu programlar rutin hizmetler arasında yer almakta olup, ülke genelinde sürekli olarak uygulanmaktadır.
SORUMLU BİRİM	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

-
- PROGRAMIN ADI** : **AİLE PLANLAMASI PROGRAMI**
- BAŞLAMA TARİHİ** : Aile planlaması ülkemizde yasal hale geldiği 1965 yılından beri uygulanmaktadır.
- AMACI** : Çocuk yapmayı istemeyen ya da çocuk yapmayı belirli bir süre ertelemek isteyen ailelerin uygun bir aile planlaması yöntemi kullanmalarını sağlamak. Ayrıca, çocuk yapmak isteyip de çeşitli nedenlerle bu istekleri gerçekleşmeyen ailelere yardım etmek.
- HEDEFLERİ** : Korunmak isteyen ailelerin tümünün etkili bir aile planlaması yöntemi kullanmasını sağlamak, modern bir yöntemle korunma hızını yükseltmek.
- YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER** : * Aile planlaması hizmetleri birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarının diğer hizmetleri ile entegre edilmiş biçimde ülke çapında sunulmaktadır. Ayrıca doğum evleri ve kadın doğum servisi bulunan hastanelerde, diğer kamu, özel sektör ve gönüllü kuruluşlara ait sağlık kuruluşlarında da aile planlaması hizmetleri sunulmaktadır.
- * Eğitim, danışmanlık ve iletişim hizmetleri, yaygınlaştırılarak sunulmaktadır.
- * Sağlık personelinin aile planlaması konusunda bilgi ve beceri düzeyinde hizmet içi eğitim almaları sağlanmakta, halkın bilgilendirilmesi çalışmaları yürütülmektedir.
- UYGULANDIĞI İLLER** : Bütün iller
- SORUMLU BİRİM** : Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü
-

- PROGRAMIN ADI** : **KONTRASEPTİF LOJİSTİĞİ VE YÖNETİM BİLGİLENDİRME SİSTEMİNİN GELİŞTİRİLMESİ PROGRAMI**
- BAŞLAMA TARİHİ** : 1992 - 1993
- AMACI** : Kontraseptif malzemenin dengeli dağılımı ve hizmet verilerinin zamanında toplanması, işlenmesi, değerlendirilmesi ve yeni politikaların belirlenmesinde esas alınması.
- HEDEFLERİ** : Aile planlaması hizmeti verilen sağlık kuruluşlarının belirli aralıklarla ziyaret edilerek maksimum stok düzeyinde kontraseptif malzeme verilmesinin sağlanması ve kademeli bir şekilde verilerin toplanıp, değerlendirilmesi.
- YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER** : * Ege bölgesindeki 5 ilin sağlık idarecileri için bir Yönetim Bilgilendirme Sistemi Kontraseptif Lojistik Workshop'u,
* Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından Yönetim Bilgi Sistemi teknik ekibinin görevlendirilmesi,
* Ön uygulama illerinin belirlenerek bu illerden Ankara, İzmir ve Manisa' da lojistik ve yönetim enformasyon sistemleri ve prosedürleri hakkında sağlık idarecilerinin bilgilendirilmesi, sağlık kuruluşlarının ve depoların ziyaret edilmesi,
* Aile planlaması hizmetleri ile ilgili Türkiye'deki verilerin değerlendirilmesi için bir bilgisayar hizmetinin geliştirilmesi çalışmalarının başlatılması,
-

-
- * 4-7 Ekim 1993 tarihleri arasında Ankara' da her ilden bir sağlık m¼d¼r yardımcısı, Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Şube M¼d¼r¼ (Doktor), İdari Ve Mali İşler Şube M¼d¼r¼, dağıtım memuru ve bilgisayar görevlisinden oluşan 5'er kişilik il eğitim ve uygulama ekiplerine y¼nelik workshop yapıldı.
 - * İllerde çalışmaların başlatılması için genelge g¼nderildi,
 - * 102 no'lu Aile planlaması aylık çalışma formları illerde değerlendirilip, toplam halinde Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel M¼d¼rl¼đ¼ne g¼nderilmesi için 102/A formu geliştirildi ve uygulamaya konuldu (¼n uygulama illerinde).

UYGULANDIğI İLLER

: İzmir, Manisa, Aydın, Ankara ve Kırıkkale illeri,

SORUMLU BİRİM

: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel M¼d¼rl¼đ¼

PROGRAMIN ADI	: AİLE SAĞLIĞI EĞİTİM PROGRAMI
BAŞLAMA TARİHİ	: 1993
AMACI	: Aile planlaması uygulama eğitim merkezlerinde yürütülen uygulama ve eğitimlerin standardizasyonunu sağlamak.
HEDEFLERİ	: Tüm eğitim merkezlerinde aile planlaması uygulama ve eğitim hizmetlerinde kaliteyi yükseltmek standardizasyonu sağlamak her eğitim merkezinde en az 2 sağlık personeline eğitimcilik formasyonu kazandırmak.
YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER :	Eğitim merkezlerinin ihtiyaçlarının tespiti, eğitimcilerin, eğitimi, personel eğitimi, izlem ve değerlendirme. Bu program Uluslar arası Aile Sağlığı Eğitim programı (FHTP) işbirliği ile yürütülmektedir.
UYGULANDIĞI İLLER	: 70 eğitim merkezinin bulunduğu 41 İl' de uygulanmaktadır.
SORUMLU BİRİM	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

PROGRAMIN ADI	: EBE, HEMŞİRE VE HEKİMLER İÇİN AİLE PLANLAMASI UYGULAMA EĞİTİMİ PROGRAMI
BAŞLAMA TARİHİ	: Bakanlık Bilimsel Kurul kararı ile 1978' de başladı, 1983' den itibaren yasal olarak sürdürölmektedir.
AMACI	: Ebe, Hemşire ve Pratisyen Hekimlere aile planlaması yöntemleri uygulama bilgi ve becerisi kazandırmak.
HEDEFLERİ	: Her kurumda en az bir hekim ile bir ebe veya hemşirenin aile planlaması yöntemi uygulama eğitimi almasını sağlamak,
YÜRÜTÖLEN FAALİYETLER	: Personelin teorik ve uygulama eğitimi, eğitim için eğitim materyali ve araç-gereç desteği.
UYGULANDIĞI İLLER	: Bütün iller
SORUMLU BİRİM	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

PROGRAMIN ADI	: TIP FAKÜLTELERİNDE AİLE PLANLAMASI EĞİTİMLERİNİ GÜÇLENDİRME PROJESİ
BAŞLAMA TARİHİ	: 1993
AMACI	: Tıp Fakültesi öğrencilerine mezuniyetten önce Aile Planlaması konusunda bilgi ve beceri kazandırmak.
HEDEFLERİ	: Tüm Tıp Fakültelerinde, Halk Sağlığı ve Kadın Hastalıkları, Doğum Anabilim dallarında kurulacak standart eğitim merkezlerinde aile planlaması uygulama becerisinin hekime mezun olmadan önce verilmesidir.
YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER	: * 8 Tıp fakültesinde eğitim çalışmalarına başlanmış 1994 yılında mezun olan pratisyenlerden gönüllü olanlar kursuna alınmış ve katılım belgesi verilmiştir. Her fakülteden 2'şer öğretim üyesi ve Sağlık Bakanlığı uygulama alanı eğitimcileri 2 hafta süre ile klinik ve eğitim becerilerini geliştirme eğitimine alınmıştır. * 3 Fakülte ve Sağlık Bakanlığı uygulama alanları ziyaret edilerek eğitimler yerinde izlenmiş, araç-gereç desteği sağlamıştır. * 1995 yılında 5 Fakülte daha programa alınmıştır. Hedef bu programı tüm Tıp Fakültelerine yaygınlaştırmaktır.
UYGULANDIĞI İLLER	: Ankara, İstanbul, Konya, Kayseri, Eskişehir, İzmir, Samsun, Sivas, Erzurum, Adana, Bursa
SORUMLU BİRİM	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

PROGRAMIN ADI	: BİLGİLENDİRME – EĞİTİM- İLETİŞİM (BEİ) DESTEĞİ PROJESİ
İŞBİRLİĞİ YAPILAN KURULUŞ	: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA), Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Organizasyonu (UNESCO)
BAŞLAMA TARİHİ	: 1991
AMACI	: Aile planlaması hizmetlerini geliştirmek genişletmek amacıyla, kitlesel ve toplumsal iletişim kanallarından yararlanmak, konu ile ilgili sektörler arası işbirliğini geliştirmek ve katılımlarını sağlamak, gerekli araştırmalar yapmak, sağlık personelinin hizmet içi eğitimlerini ve eğitimde kullanılacak materyalin üretimini gerçekleştirmek.
HEDEFLERİ	: * Sektörler arası Oryantasyon ve işbirliği, * Sosyal araştırmalar, * 16 İlde farklı düzeylerde yaklaşık 4000 sağlık personelinin eğitimi, * Eğitimlerde kullanılacak “BEİ” Materyali üretimi ve dağıtımı.
YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER	: * 16 proje ilinin Sağlık Müdürleriyle ana çocuk sağlığı ve aile planlaması sorunları ve aile planlamasında çalışan gönüllü kuruluşların katılımıyla oryantasyon toplantıları, * Projenin sektörler arası işbirliği ve iletişimi arttırmak amacıyla uygun olarak “Nüfus Planlaması Danışma Kurulu” toplantıları, * 10 Proje ilinde doğurganlık ölçütleri hesaplanması, * Hem halkın aile planlamasındaki bilgi tutumu, hem de BEİ programlarında izlenmesi gereken yaklaşımları saptamak için “Odak Grup” araştırması,

- * Sağlık Personelinin aile planlaması uygulamaları ve bu konuda yaptıkları halk eğitimlerine ilişkin “Durum Saptama” araştırması,
 - * Master Eğitim Planı,
 - * Merkez Eğitim Ekibinin eğitimi,
 - * İl Eğitim Ekiplerinin eğitimi,
 - * Değerlendirme toplantıları yapılmıştır.
 - * Merkez Eğitim Ekibi tarafından illerde yürütülen eğitim etkinlikleri izlenmiş ve desteklenmiştir.
 - * 1 Ocak – 30 Kasım 1993 tarihleri arasında 223 Doktor, 340 Sağlık Memuru, 1725 Ebe olmak üzere toplam 2228 sağlık personeli eğitilmiştir.
 - * Sahada çalışan personelin eğitimi etkinliklerinde kullanılmak üzere “Aile Planlaması Eğitiminde Resimli Rehber ve Kontrasepsiyon Atlası” üretilmiştir.
 - * Resimli Rehber, Kontrasepsiyon Atlası, Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El Kitabı, Çocuk Sağlığı El Kitabı, çeşitli broşürler, defter, kalem, silgi içeren “Eğitim Kiti” hazırlanmış olup, her eğitilen sağlık personeline verilmiştir.
 - * Ayrıca her eğitilen ebeye bir çanta verilmektedir.
 - * Motivasyon amaçlı 5 TV spotu üretilmiştir.
 - * “Türkiye’ de ve Dünya’ da Nüfus-Ana Çocuk Sağlığı Eğitim İlişkileri”ni inceleyen bir kaynak kitap üretilmiştir.
 - * 16 Proje ilinde eğitim merkezleri oluşturulmuştur,
 - * 10 adet Tepegöz Perdesi alınmış olup, ihtiyacı olan illere dağıtımları yapılacaktır.
 - * Hizmet içi eğitimlerde kullanılmak üzere “Video Film”ler üretilmiş, 6 bin adet çoğaltılarak dağıtımları yapılmıştır.
-

- SONUÇ OLARAK** : Proje faaliyetleri planlandığı şekilde sürmektedir. Proje amacı doğrultusunda hedeflenen ve bu hedeflere ulaşmak için öngörülen etkinliklerden “kaynak Kitap” yazılmış, basımda olup “Rehber Kitap, TV filmi, Afiş – Broşür” üretimi çalışmaları devam etmektedir. Bunların dışında tüm etkinlikler istenilen düzeyde gerçekleştirilmiştir.
- UYGULANDIĞI İLLER** : Adana, Adıyaman, Ağrı, Antalya, Ankara, Diyarbakır, Hatay, Kars, Kırıkkale, İstanbul, İzmir, Mardin, Siirt, Şanlıurfa, Tunceli, Van illeri
- SORUMLU BİRİM** : Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü
-

PROGRAMIN ADI	: HALK EĞİTİMİNİ GELİŞTİRME PROJESİ
İŞBİRLİĞİ YAPILAN KURULUŞ	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü – JICA Kuruluşu
BAŞLAMA TARİHİ	: 8 Kasım 1988
AMACI	: Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması alanlarında halk eğitimi çalışmalarını geliştirmek için BEİ çalışmalarına yönelik eğitim materyali üretmek, araştırmalar yapmak, insan gücü eğitimi geliştirmek, pilot illerde eğitim materyali üretim merkezleri kurmak,
HEDEFLERİ	: * BEİ araştırmaları yapmak, * Ankara ve iki pilot ilde eğitim araçları üretim merkezi kurmak, * Teknik eleman yetiştirmek, * Eğitim materyali üretmek, test etmek, dağıtmak, * Arşivleme ve toplantılar için teknik cihaz desteğini sağlamak, * Basılı materyal üretimi, * Cihaz ve uzman desteği sağlama,
YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER	: * Türkiye’ de ve Japonya’ da insan gücü eğitimi, * Sağlık eğitimcilerinin eğitimi (etkili kullanım), * Bilgi, tutum, kullanım araştırmaları, * Program üretimi, dağıtımı ve etki araştırması, * Arşivleme ve toplantı için teknik cihaz desteği, * Basılı materyal üretimi, * Cihaz ve uzman desteği sağlama
UYGULANDIĞI İLLER	: Bakanlık Merkez, pilot iller (Bursa ve Doğu Anadolu’ dan belirlenecek bir il.)
SORUMLU BİRİM	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Gn.Md.

PROGRAMIN ADI	: AKUT SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARININ KONTROLÜ PROGRAMI
BAŞLAMA TARİHİ	: 1987
AMACI	: 5 yaş altı çocuklarda ASYE mortalite ve morbiditesini düşürmek
HEDEFLERİ	: 5 yaş altı çocuklarda zatürre ölümlerini 1/3 oranında azaltmak
YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER	: * Sağlık Personelinin Hizmetiçi Eğitimi: İl program yöneticilerinin ve diğer sağlık personelinin eğitimi sürekli olarak gerçekleştirilmektedir. * Halk Eğitimi: Sağlık personeli ve çeşitli iletişim kaynakları kullanılarak halk eğitimi gerçekleştirilmektedir. * Lojistik Hizmet : Program kapsamında ücretsiz ilaç desteği sağlanmaktadır. Sağlık Personelinin ve halkın eğitiminde kullanılmakta olan eğitim materyalleri sürekli olarak basılmakta ve dağıtılmaktadır. * Alternatif Tedavi Seçeneği olan Tek Doz Benzatin Penisilin çalışması pilot il olarak seçilen Erzurum ilinde devam etmektedir. * Bağışıklama çalışmalarına hız verilmesi, sektörler arası işbirliğinin güçlendirilmesi çalışmaları ve Kayıt – Bildirim sisteminin geliştirilmesine yönelik çalışmalar devam etmektedir. * 50 il’de yürütülen programın aşamalı olarak diğer illere yaygınlaştırılmasına yönelik olarak, 1995 yılı içerisinde 12 ile daha yaygınlaştırılması çalışmaları sürmektedir.
UYGULANDIĞI İLLER	: 50 il
SORUMLU BİRİM	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Gn. Md.

PROGRAMIN ADI	: İYOT YETERSİZLİĞİ HASTALIKLARI VE TUZUN İYOTLANMASI
BAŞLAMA TARİHİ	: 29 Haziran 1994
AMACI	: Ülkemizde iyot yetersizliğine bağlı sağlık sorunlarını ortadan kaldırmak.
HEDEFLERİ	: * Gıda olarak tüketilen bütün tuzların iyotlanmasının sağlanması, * Toplumun konu hakkındaki bilgilendirilmesi ve eğitilmesi,
YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER	: * Eğitim çalışmaları, * Tuzun iyotlanması konusunda yapılan çalışmalar, * İzlenme ve değerlendirme çalışmaları,
UYGULANDIĞI İLLER	: Bütün iller
SORUMLU BİRİM	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

PROGRAMIN ADI	: BÜYÜMENİN İZLENMESİ
BAŞLAMA TARİHİ	: 1995
AMACI	: Bebek ve çocukların rutin izlemlerinde nitelik ve nicelik olarak artış sağlamak, çocukların sağlıklı büyümelerini sağlamak.
HEDEFLERİ	: Tespit edilen çocukların tümünün standartlara uygun olarak izlenmesini sağlamak.
YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER	: * Sağlık personeli eğitimi, * Lojistik destek, * Halk Eğitimi, * Birinci basamak hizmetlerinin temel stratejiler doğrultusunda düzenlenmesi.
UYGULANDIĞI İLLER	: Tekirdağ, Rize, Sivas, Kütahya illeri
SORUMLU BİRİM	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

NOT: Büyümenin izlenmesi rutin birinci basamak sağlık hizmetleri içinde bütün illerde uygulanmaktadır. 1995' te belirtilen 4 ilde özel bir pilot uygulama yapılacaktır.

- PROGRAMIN ADI** : ANNE SÜTÜNÜN TEŞVİKİ, BEBEK DOSTU HASTANELER
- İŞBİRLİĞİ YAPILAN KURULUŞ** : UNICEF
- BAŞLAMA TARİHİ** : 1987
- AMACI** : Yaşamın ilk 4-6 ayında bebeklerin sadece anne sütü ile beslenmesinin sağlanması, bu dönemden itibaren uygun şekilde ek besinlere geçişin sağlanması,
- HEDEFLERİ** : 5 yaş altı çocuklarda beslenme yetersizliklerinin 1/3 oranında azaltılması 2000 yılına kadar tüm doğum hizmeti veren hastanelerin Bebek Dostu Hastanesi olması
- YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER** : * **Sağlık Personeli Eğitimi** : Doğum hizmeti veren hastanelerden K. Doğum uzmanı, Çocuk Sağlığı uzmanı, Pratisyen Hekim, Sorumlu Hemşire, Diyetisyen’ den oluşan ekibe yönelik “Bebek Dostu Hastaneler, Anne Sütü ile beslenmede Danışmanlık” eğitimleri verilmektedir. Bu yolla bugüne toplam 6 eğitim workshop’u düzenlenmiş ve toplam hastane doğumlarının % 45.6’ sına ulaşılmıştır.
- * **Halk Eğitimleri** : Halk eğitimlerine yönelik poster, el broşürü v.b. geliştirilmiştir. Sağlık personeli tarafından rutin halk eğitimleri içinde anne sütü konusunda ağırlık verilmektedir. Ağustosun ilk haftasında Emzirme Haftası kutlamaları ile temel mesajlar ailelere kitle iletişim araçları kullanılarak geniş şekilde ulaştırılmaktadır. Halk eğitimine yönelik video kasetler de hazırlanmış ve eğitimlerde kullanılmaktadır.
-

* **Lojistik Destek** : Sağlık personeli ve halk eğitimine yönelik eğitim materyali (kitap, poster, broşür) araç-gereç (TV, video, slayt makinesi, tepegöz) desteği ve süt pompası desteği yapılmaktadır.

* **Hizmetlerin Düzenlenmesi** : Doğum hizmeti veren hastanelerde uygulamaların Başarılı emzirmede 10 öneri çerçevesinde düzenlenmesi yapılmaktadır. Bu çerçevede Ulusal BDH' ler değerlendirme ekibi oluşturulmuştur. Bu ekip tarafından hastaneler değerlendirilmekte ve başarılı uygulamalar yapan hastaneler Plaket veya sertifika ile ödüllendirilmektedir. Anne Sütü üst komitesi tarafından da ulusal stratejiler belirlenmekte, yapılan çalışmalar izlenmekte ve değerlendirilmektedir. Ödül alacak hastanelere de aynı komite karar vermektedir. Bu şekilde toplam 21 hastane BDH olarak Plaket ile ödüllendirilmiş ve hastane doğumlarının % 21.6 sına ulaşılmıştır.

UYGULANDIĞI İLLER : 76 il

SORUMLU BİRİM : Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

- PROGRAMIN ADI** : **GÜVENLİ ANNELİK VE YENİDOĞAN BAKIMI**
- İŞBİRLİĞİ YAPILAN KURULUŞ** : UNICEF
- BAŞLAMA TARİHİ** : 1993
- AMACI** : Anne ve çocukların sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik hizmetlerin etkinliğinin, yaygınlığının, sürekliliğinin artırılması; topluma dayalı sağlık hizmeti sunma anlamında bir model oluşturulması.
- HEDEFLERİ** : Anne ve çocuk sağlığına ilişkin 2000 yılı hedefleri bu program kapsamında hedef olarak belirlenmiştir.
- YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER** : * Planlama ve uygulama aşamalarının belirlenmesine yönelik teknik komite oluşturuldu.
- * İl yöneticileri ve teknik komite ile topluma dayalı sağlık hizmeti sunma kavramının tartışıldığı bir workshop yapıldı. Gönüllere ilişkin kriter ve stratejiler hazırlandı.
- * İl yöneticilerine teknik komite ile strateji belirlemelerine yönelik bir workshop düzenlendi.
- * İl Eğitim Ekipleri belirlendi ve 2 haftalık eğitimleri yapıldı.
- * Pilot alanların seçimine yönelik geliştirilen form çerçevesinde çalışmalar yapıldı.
- * Kayseri ili toplum gönüllüleri oluşturulmasında pilot il seçilerek gönüllüler tespit edilmiştir.
-

-
- * 1994 yılında 568 pratisyen hekim, 1133 ebe, 302 hemşire, 270 sağlık memuru hizmetiçi eğitimine katılmıştır. 1995 yılında da hizmet içi eğitimler devam etmektedir.
 - * Kayseri ve Şanlıurfa illerinin AÇSAP Merkezleri eğitim merkezi haline dönüştürülmüştür.
 - * Proje illerinde Toplum Liderleri bilgilendirme toplantısı yapıldı. 26 Kaymakam, 26 Halk Eğitim Müdürü, 84 Öğretmen, 61 Muhtar, 25 Müftü, 36 İmam, 8 Tarım İl Müdürü, 19 Diğer Meslek Odaları katılmıştır.
 - * Sinop ve Kayseri illerinde görevli, 11 Kadın Doğum ve Hastalıkları Uzmanı, 6 Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, 2 Pratisyen Hekim bir günlük proje bilgilendirme toplantısına katılmıştır.
 - * RİA uygulama eğitimleri devam etmektedir. Toplam 58 Hekim, 90 Ebe rahim içi araç uygulama eğitimi almıştır.
 - * Proje illerine Lojistik destek sağlanmıştır. (Ebe Çantası, RİA seti, kuru havlu sterilizatörü, mikroskop, santrifüj, televizyon, video, slayt makinesi, tepegöz, kitap, broşür, afiş vb.)

UYGULANDIĞI İLLER

: Erzurum, Şanlıurfa, Sinop, Kayseri

SORUMLU BİRİM

: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

PROGRAMIN ADI	: FENİLKETONÜRİ TARAMA PROGRAMI
İŞBİRLİĞİ YAPILAN KURULUŞ	: Hacettepe Üniversitesi ve Fenilketonüri Koruma ve Tarama Derneği
BAŞLAMA TARİHİ	: 1987
AMACI	: Yeni doğanların kalıtsal ve metabolik bir hastalık olan fenilketonüri yönünden taranarak, eken dönemde teşhis ve tedavilerin yapılması,
YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER	: * 1987 yılında 32 ilde hastane doğumlarını içerecek şekilde başladı. * 1993 yılında 76 ilde ebeler tarafından evde yapılan doğumları da kapsayacak şekilde genişletildi. * Tüm illere kan almak üzere lanset ve filtre kağıdı ücretsiz olarak gönderilmektedir.
UYGULANDIĞI İLLER	: Bütün İller
SORUMLU BİRİM	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

PROGRAMIN ADI	: AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞINI İYİLEŞTİRMEDE FLOR KULLANIMI
İŞBİRLİĞİ YAPILAN KURULUŞ	: Üniversiteler (Teknik Bilgi Desteği)
BAŞLAMA TARİHİ	: 1994
AMACI	: Türkiye genelinde diş çürüklerinin önlenmesinde kolay, ucuz ve etkili bir yol olan flor uygulamasının birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilerek rutin uygulamaya geçilmesinin sağlanması.
HEDEFLERİ	: Ağız ve diş sağlığı düzeyini yükseltmek.
YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER	: * Flor tableti satın alınması için ön hazırlıklar, * 6 il program sorumlularının eğitimi, * İllerde sağlık personeli eğitimi, * 4 aydan büyük her bebeğe flor tableti verilmesinin başlatılması,
UYGULANDIĞI İLLER	: Antalya, Adana, Bursa, Gaziantep, İzmir, Malatya
SORUMLU BİRİM	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

PROGRAMIN ADI	: İSHALLİ HASTALIKLARIN KONTROLÜ PROGRAMI
BAŞLAMA TARİHİ	: 1986
AMACI	: 5 yaş altı çocuklarda ishala bağlı ölümleri azaltmak.
HEDEFLERİ	: * 5 yaş altı çocuklarda ishala bağlı ölümleri % 50 oranında azaltmak. * 5 yaş altı çocuklarda ishala bağlı ölümleri % 25 oranında azaltmak. * İshalde ağızdan sıvı tedavisi oranını %80'e çıkartmak.
YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER	: * Sağlık Personeli Eğitimi : İl program yöneticilerinin ve diğer sağlık personelinin eğitimi sürekli olarak gerçekleştirilmektedir. Bunun yanısıra ishalin Tedavi Eğitim Merkezi sorumluları her yıl klinik uygulamalı eğitime alınmaktadır. * Halk Eğitimleri : Sağlık personeli ve çeşitli iletişim kaynakları kullanılarak halk eğitimi gerçekleştirilmektedir. * Lojistik Destek : İshalli hastalıklarda kullanılan ORS paketleri Sağlık Bakanlığına bağlı tüm kuruluşlarda bulunmakta ve halka ücretsiz dağıtımı sağlanmaktadır. Sağlık personelinin ve halkın eğitiminde kullanılmakta olan eğitim materyalleri sürekli olarak basılmakta ve dağıtılmaktadır. * Kayıt - Bildirim : Tüm 1. Basamak sağlık kuruluşlarından ishal vaka, ishal ölümleri ve dağıtılan ORS leri içeren bilgiler toplanmakta ve geri bildirimde bulunmaktadır.
UYGULANDIĞI İLLER	: Bütün iller
SORUMLU BİRİM	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Gn.Md.

PROGRAMIN ADI	: KANSER KAYIT VE İNSİDANS PROGRAMI
BAŞLANGIÇ TARİHİ VE UYGULANDIĞI İLLER	: 1993 Yılında Diyarbakır, Ankara Trabzon, Edirne. 1994 yılında Antalya. 1995 yılında Sivas, Erzurum, Bursa, Ayrıca Adana (kendi akademik bünyesinde)
AMACI	: Bugüne kadar pasif olarak toplanan kanser verilerini aktif yöntemle toplayarak ülkemizin kanser insidansını ortaya koymaktır.
HEDEFLERİ	: * Aktif olarak toplanan kanser olgularının değerlendirilmesi sonucu insidans saptamak, * Kanser türleri, yaş, cins ve dağılımı ortaya koymak, * Belirli özellik gösteren kanser türlerinin yaygın olduğu bölgelerde epidemiyolojik araştırmalar planlamak.
YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER	: * Kanser türleri elemanlarının eğitimi, * Pratisyen hekimlerin onkoloji konusunda eğitimi (Diyarbakır), * Kanser bilgi formunun geliştirilmesi, * Program çerçevesindeki illerde kanser kayıt merkezi kurulmuştur. * Kanser olguları ICD – 9’a göre kodlanmakta ve bilgisayara işlenerek değerlendirme yapılmaktadır.
SORUMLU BİRİM	: Kanser Savaş Daire Başkanlığı

- PROGRAMIN ADI** : **KANSER ERKEN TANI VE TARAMA MERKEZLERİ PROGRAMI**
- BAŞLANGIÇ TARİHİ VE UYGULANDIĞI İLLER** : 1995 Yılında ilk olarak Ankara’ da (Ahmet Andıçen Erken Tanı, Tarama ve Mamografi Merkezi) daha sonra sırayla 29 merkezde,
- AMACI** : * Kanser hastalıklarında erken tanıyı yaygınlaştırmak,
* Bazı kanser türleri için tarama programları gerçekleştirmek (özellikle meme, serviks ve cilt kanserleri için)
* Kanser konusunda halk eğitimi yapmak (örneğin sigaranın sağlığa zararlı etkileri hakkında bilgi vermek gibi).
- HEDEFLERİ** : * Kanser hastalıklarına bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmak.
* Bazı değerlendirmeler sonucu, epidemiyolojik araştırmalar planlamak.
- YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER** : * Hastane bünyesinde kurulması planlanan Kanser Erken Tanı ve tarama Merkezlerinin, ilgili hastanelere entegre olmasını sağlayacak çalışmalar,
* Bazı tıbbi cihazların (mamografi, ultrasonografi, mikroskop gibi) alım işleri,
* Merkezlerde görev alacak ekiplerin oluşturulması için girişimler (ilgili hastanelerin mevcut personelinden),
* Bazı personelin eğitimine yönelik faaliyetler.
- SORUMLU BİRİM** : Kanser Savaş Daire Başkanlığı
-

PROGRAMIN ADI	: ULUSAL TÜBERKÜLOZ KONTROL PROGRAMI
BAŞLAMA TARİHİ	: 1960
AMACI	: Tüberküloz kontrolünü ülke düzeyinde yürütmek ve denetlemek
HEDEFLERİ	: * Yıllık enfeksiyon riski değişim hızını her yıl en az % 5 oranında düşürmek. * Hastaların % 85' ini bulmak, bulunan hastaların% 85' inde kür sağlamak, * Hedef nüfusun %90' ının aşılmasını temin etmek, * Tüberküloz laboratuvar hizmetlerinin kalite ve kantitatif yönden artırılması, * Temel sağlık hizmetleri ve yataklı tedavi kurumu hizmetleriyle entegrasyonun sağlanması,
YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER :	* 0-20 yaş grubunda aşılama faaliyetlerini yürütmek, entegrasyonu sağlamak * Pasif metolla ve risk gruplarında aktif metolla yeni vaka bulmaya yönelik faaliyetler, * Hastaların ücretsiz tedavisini yürütmek ve bu amaçla gerekli ilaçları temin etmek, * Halka ve sağlık personeline yönelik eğitim faaliyetlerini yürütmek * Verem savaş derneklerinin yukarıdaki amaçlar doğrultusunda katkılarını sağlamak,
UYGULANDIĞI İLLER	: Bütün iller
SORUMLU BİRİM	: Kanser Savaş Daire Başkanlığı

PROGRAMIN ADI	: ULUSAL DİABET PROGRAMI
BAŞLAMA TARİHİ	: Ocak 1994
AMACI	: * Diabete eğilimli kişi sayısını azaltmak, * Hastaların yaşam kalitesini arttırmak, * Koruyucu hizmetlere yönelik araştırmaları desteklemek,
HEDEFLERİ	: * Diabete bağlı körlükleri 3 yıl içinde 1/3 oranında azaltmak, * Diabete bağlı diyaliz ve transplantasyon gereğini 1/3 oranında azaltmak, * Diabete bağlı amputasyonu 1/2 oranında azaltmak, * Diabete bağlı kroner arter hastalığın mortalite ve morbiditesini azaltmak, * Diabetik annelerin sağlıklı gebelik ve çocuk sahibi olmalarını sağlamak,
YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER	: * Veri toplama sistemini geliştirme çalışmaları, * Sağlık personeli ve hastalara yönelik eğitim, * Gereкли ilaç ve test materyali temini, * Rehber ve standartlar hazırlama,
UYGULANDIğI İLLER	: Ankara, Bolu, İstanbul, İzmir
SORUMLU BİRİM	: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

PROGRAMIN ADI	:	GENİŞLETİLMİŞ	BAĞIŞIKLAMA
		PROGRAMI	
BAŞLAMA TARİHİ	:	1971	
AMACI	:	Aşı ile korunabilir hastalıkların morbidite ve mortalitesini azaltmak için, bu hastalıklara duyarlı toplum gruplarında etkin aşı ile yüksek aşılama oranlarına ulaşmak.	
HEDEFLERİ	:	<ul style="list-style-type: none">* 0-11 ayda her aşı için % 90 aşılama oranına ulaşmak ve bunun devamlılığını sağlamak,* Her bölgede 0-11 aylık çocukların %80' ini tam aşıli hale getirmek,* 5 yaş altı çocukların rapel dozlarını ve eksik aşılarını tamamlamak,* Okula giden bütün çocukların okul aşılarını tamamlamak,* Tespit edilen tüm gebeleri tetanosa karşı bağışıklama,	
YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER	:	<ul style="list-style-type: none">* İl yöneticileri ve sağlık personeli bağışıklama ve soğuk zincir konularında eğitimi,* Sağlık personeli halka yönelik materyali geliştirilmesi,* İl denetimleri,* Aşılama ile ilgili verileri değerlendirerek her 3 ayda bir illere geri bildirim yapılması,* Bilgisayarlı veri toplama sisteminin yaygınlaştırılması,* Merkezde lojistik izlem ve değerlendirmenin bilgisayarlarla yapılması,* Merkezi soğuk hava deposunun yapılması,* Merkez depo ve kamyonlarla soğuk zincirin izlenmesi,* Soğuk zincir araştırması,	

- * Soğuk zincir malzeme ihtiyaçlarının karşılanması,
- * Kayıt - Bildirim sisteminin gözden geçirilmesi ve gerekli değişikliklerin yapılması,
- * Mevcut aşı takviminin gözden geçirilmesi,
- * Yüksek riskli bölge ve popülasyonlara yönelik aşılama çalışmaları,
- * Sektör içi ve sektörler arası işbirliğini güçlendirme çalışmaları,

UYGULANDIĞI İLLER : Bütün iller

SORUMLU BİRİM : Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

PROGRAMIN ADI	: POLİO ERADİKASİYONU PROGRAMI
BAŞLAMA TARİHİ	: 1989
AMACI	: Vahşi (sokak) Polio virüsü ile meydana gelen tüm poliomyelit vakalarını ortadan kaldırmaktır.
HEDEFLERİ	: 2000 yılına kadar ; <ul style="list-style-type: none">* Vahşi Polio virüsü ile enfekte bir tek klinik polio vakasını dahi olmaması.* Çevreden (kanalizasyon, sular vs.) ve toplumda sağlıklı kişilerden rast gele alan numunelerden Vahşi Polio virüsünün izole edilmemesi.
YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER	: * Aşılama hizmetlerinin ve sürveyansının güçlendirilmesi, <ul style="list-style-type: none">* Salgın kontrol önlemlerinin alınması,* Sağlık personelinin eğitimi,* Halk eğitimi,* Destek aşılama çalışmaları,
UYGULANDIĞI İLLER	: Bütün iller
SORUMLU BİRİM	: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

PROGRAMIN ADI	: NEONATAL TETANOS ELİMİNASYON PROGRAMI
BAŞLAMA TARİHİ	: 1994
AMACI	: Neonatal Tetanos' un elimine edilmesi
HEDEFLERİ	: 2000 yılına kadar ülkenin her bölgesinden 1000 canlı doğumda birin altına düşürülmesi.
YÜRÜTÜLEN FAALİYETLER	: * Etkin bir sörveyans sisteminin geliştirilmesi, * Gebelerin tetanos aşısı ile aşılması, çocuk ve okul dönemi aşılarının tamamlanması, * Sağlık personelinin eğitimi,
UYGULANDIĞI İLLER	: Bütün iller
SORUMLU BİRİM	: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
